***Projekt***

z dnia 14 lipca 2023 r.

Zatwierdzony przez .........................

**Zarządzenie Nr ....................  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**

z dnia .................... 2023 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie/tekst jednolity/**

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 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605 i 658) zarządza się, co następuje:

**§ 1.**W zarządzeniu Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie/tekst jednolity/ , wprowadza się następujące zmiany:

1) Załącznik nr 1 otrzymuje brzmienie, jak w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.

2) w załączniku nr 2 do zarządzenia w § 6 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku wystawienia recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją, osobom nieuprawnionym lub przez osobę niebędącą osobą uprawnioną lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.”;

3) w załączniku nr 2a do zarządzenia w § 6 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku wystawienia recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją, osobom nieuprawnionym lub przez osobę niebędącą osobą uprawnioną lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.”;

4) w załączniku nr 2b do zarządzenia w § 6 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku wystawienia recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją, osobom nieuprawnionym lub przez osobę niebędącą osobą uprawnioną lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.”;

5) w załączniku nr 2d do zarządzenia w§ 6 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku wystawienia recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją, osobom nieuprawnionym lub przez osobę niebędącą osobą uprawnioną lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.”;

6) Załącznik nr 3 otrzymuje brzmienie, jak w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.**Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

**§ 3.**1. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia, o których mowa w § 1, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 2.

**§ 4.**Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 września 2023 r.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PREZES**  **NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA** |

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr ....................  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia....................2023 r.

**Katalog zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **kod zakresu** | **nazwa zakresu** | **kod produktu** | **nazwa produktu** | **jednostka rozliczeniowa** | **Taryfa ustalona przez AOTMiT** | **Wartość punktowa produktu rozliczeniowego** | **warunki wykonania** | | | **uwagi** |
| **świadczenie wykonywane w warunkach domowych** | **świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym** | **świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* |
| 1 | 11.4132.001.02 | dializoterapia otrzewnowa | 5.10.00.0000051 | dializa otrzewnowa | punkt | 19,4 | 228,36 | x | x |  | za osobodzień, obejmuje pełne koszty i badania dodatkowe, w tym środki stymulujące erytropoezę |
| 2 | 11.4132.002.12 | hemodializoterapia | 5.10.00.0000091 | hemodializa - świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym | punkt | 34,82 | 409,93 |  | x |  |  |
| 3 | 5.10.00.0000153 | Hemodiafiltracja (HDF) | punkt | 418 | 418,00 |  | x |  |  |
| 4 | 11.4132.003.12 | hemodializoterapia -  z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru | 5.10.00.0000092 | hemodializa – świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru oraz z dostępem do oddziału nefrologii lub o profilu nefrologicznym | punkt | 38,58 | 454,20 |  | x |  |  |
| 5 | 5.10.00.0000153 | Hemodiafiltracja (HDF) | punkt |  | 440,97 |  | x |  |  |
| 6 | 11.9800.041.02 | terapia hiperbaryczna | 5.10.00.0000151 | Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – z zapewnieniem 24h dostępności | punkt | 520 | 520,00 |  | x | x |  |
| 7 | 5.10.00.0000152 | Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – bez zapewnienia 24h dostępności | punkt | 360 | 360,00 |  | x |  |  |
| 8 | 11.2150.042.02 | tlenoterapia domowa | 5.10.00.0000006 | tlenoterapia w warunkach domowych | punkt |  | 11,49 | x |  |  | za osobodzień, w tym koszt środków technicznych; |
| 9 | 11.0000.047.02 | żywienie pozajelitowe w warunkach domowych | 5.10.00.0000007 | żywienie pozajelitowe dorosłych w warunkach domowych | punkt |  | 230,00 | x |  |  | za osobodzień, |
| 10 | 5.10.00.0000008 | żywienie pozajelitowe dzieci w warunkach domowych | punkt |  | 402,00 | x |  |  |
| 11 | 11.0000.048.02 | żywienie dojelitowe w warunkach domowych | 5.10.00.0000050 | żywienie dojelitowe w warunkach domowych | punkt |  | 92,00 | x |  |  |
| 12 | 11.1210.052.12 | badania zgodności tkankowej | 5.10.00.0000016 | badanie antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki | świadczenie |  | 1 |  | x |  |  |
| 13 | 11.1210.053.02 | badania genetyczne | 5.10.00.0000041 | kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych | punkt |  | 532,51 |  | x |  |  |
| 14 | 5.10.00.0000043 | kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych | punkt |  | 1 065,02 |  | x |  |  |
| 15 | 5.10.00.0000047 | diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne | punkt | 2 154 | 2 154,00 |  | x |  |  |
| 16 | 11.1210.160.02 | badania genetyczne - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia | 5.10.00.0000041 | kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych | punkt |  | 532,51 |  | x |  |  |
| 17 | 5.10.00.0000043 | kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych | punkt |  | 1 065,02 |  | x |  |  |
| 18 | 5.10.00.0000047 | diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne | punkt | 2 154 | 2 154,00 |  | x |  |  |
| 19 | 11.0000.040.02 | badania izotopowe | 5.10.00.0000023 | scyntygrafia wentylacyjna płuc | punkt |  | 1 074 |  | x |  | do rozliczenia niezbedne jest wykonanie procedury 92.153 - Scyntygrafia płuc wentylacyjna,  badanie uwzględnia wykonanie procedury metodą SPECT lub SPECT/CT. |
| 20 | 5.10.00.0000024 | scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem cytrynianu galu | punkt |  | 3 359 |  | x |  | do rozliczenia niezbedne jest wykonanie procedury  92.184 - Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem cytrynianu 67Ga.. |
| 21 | 5.10.00.0000226 | Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny techniką SPECT/CT | punkt |  | 2 467 |  | x |  | do rozliczenia niezbedne jest wykonanie techniką SPECT/CT procedury  92.185 - Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny. |
| 22 | 5.10.00.0000227 | Scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów przeciwciałami monoklonalnymi | punkt |  | 3 071 |  | x |  | do rozliczenia niezbedne jest wykonanie procedury  92.181 - Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych leukocytów,  do znakowania zastosowane powinny być przeciwciała monoklonalne. Podanie radiofarmaceutyku powinno być poprzedzone wykonaniem testu HAMA. Badanie uwzględnia wykonanie procedury metodą SPECT lub SPECT/CT. |
| 23 | 5.10.00.0000228 | Scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych HM-PAO leukocytów | punkt |  | 1 696 |  | x |  | do rozliczenia niezbedne jest wykonanie procedury  Wykonanie procedury:  92.181 - Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych leukocytów,  do znakowania zastosowane powinno być HM-PAO. Badanie uwzględnia wykonanie procedury metodą SPECT lub SPECT/CT. |
| 24 | 5.10.00.0000229 | Scyntygrafia kory nadnerczy z zastosowaniem 131I-Norcholesterolu | punkt |  | 7 787 |  | x |  | do rozliczenia niezbedne jest wykonanie z zastosowaniem 131I-Norcholesterolu procedury  92.191 - Scyntygrafia kory nadnerczy,  badanie uwzględnia wykonanie procedury metodą SPECT lub SPECT/CT. |
| 25 | 5.10.00.0000230 | Scyntygrafia nadnerczy/ innych okolic ciała z zastosowaniem 123I-MIBG | punkt |  | 4 267 |  | x |  | do rozliczenia niezbedne jest wykonanie z zastosowaniem 123I-MIBG przynajmniej jednej z procedur:  92.192 - Scyntygrafia rdzenia nadnerczy,  92.183 - Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem 131I MIBG lub 123I MIBG,  badanie uwzględnia wykonanie procedury metodą SPECT lub SPECT/CT. |
| 26 | 5.10.00.0000231 | Scyntygrafia nadnerczy/ innych okolic ciała z zastosowaniem 131 I - MIBG | punkt |  | 2 475 |  | x |  | do rozliczenia niezbedne jest wykonanie z zastosowaniem 131I-MIBG przynajmniej jednej z procedur:  92.192 - Scyntygrafia rdzenia nadnerczy,  92.183 - Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem 131I MIBG lub 123I MIBG.  badanie uwzględnia wykonanie procedury metodą SPECT lub SPECT/CT. |
| 27 | 5.10.00.0000232 | Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem 131I | punkt |  | 860 |  | x |  | do rozliczenia niezbedne jest wykonanie procedury  92.182 - Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem 131I,  badanie uwzględnia wykonanie procedury metodą SPECT lub SPECT/CT. |
| 28 | 5.10.00.0000049 | diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków | punkt | 6 272 | 5 951 |  | x |  | do rozliczenia niezbedne jest wykonanie z zastosowaniem preparatu DaTSCAN procedury  92.113 - Diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków, |
| 29 | 11.0000.043.02 | terapia izotopowa | 5.10.00.0000018 | terapia izotopowa łagodnych schorzeń  tarczycy - porada kwalifikacyjna | punkt |  | 355,35 |  | x |  | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 30 | 5.10.00.0000019 | terapia izotopowa łagodnych schorzeń  tarczycy - podanie izotopu | punkt |  | 355,35 |  | x |  |  |
| 31 | 5.10.00.0000020 | terapia izotopowa łagodnych schorzeń  tarczycy - porada kontrolna | punkt |  | 82,40 |  | x |  | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 32 | 5.10.00.0000026 | terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kwalifikacyjna | punkt |  | 592,25 |  | x |  | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 33 | 5.10.00.0000027 | terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu strontu | punkt |  | 2 959,19 |  | x |  |  |
| 34 | 5.10.00.0000028 | terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu samaru | punkt |  | 4 733,88 |  | x |  |  |
| 35 | 5.10.00.0000029 | terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kontrolna | punkt |  | 118,45 |  | x |  | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 36 | 5.10.00.0000065 | synowiektomie radioizotopowe - porada kwalifikacyjna | punkt |  | 295,61 |  | x |  | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 37 | 5.10.00.0000030 | synowiektomie radioizotopowe | punkt |  | 2 366,94 |  | x |  |  |
| 38 | 5.10.00.0000066 | synowiektomie radioizotopowe - porada kontrolna | punkt |  | 94,76 |  | x |  | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 39 | 11.0000.041.02 | zaopatrzenie protetyczne | 5.10.00.0000036 | zaopatrzenie w protezę twarzy | punkt |  | 426,42 |  | x |  | obejmuje koszt protezy |
| 40 | 5.10.00.0000037 | zaopatrzenie w protezę nosa | punkt |  | 4 852,33 |  | x |  | obejmuje koszt protezy |
| 41 | 5.10.00.0000038 | zaopatrzenie w protezę  małżowiny usznej | punkt |  | 4 852,33 |  | x |  | obejmuje koszt protezy |
| 42 | 5.10.00.0000039 | zaopatrzenie w ektoprotezę: gałki ocznej, wargi i nosa | punkt |  | 5 798,90 |  | x |  | obejmuje koszt protezy |
| 43 | 5.10.00.0000040 | naprawa i renowacja protezy twarzy | punkt |  | 532,51 |  | x |  | obejmuje koszt protezy |
| 44 | 5.10.00.0000045 | powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej | punkt |  | 592,25 |  | x |  | obejmuje koszt protezy |
| 45 | 5.10.00.0000048 | zatyczka do protezy gałki ocznej | punkt |  | 355,35 |  | x |  |  |
| 46 | 11.7220.001.12 | pozytonowa tomografia emisyjna (PET) | 5.10.00.0000103 | pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I | punkt | 236,22 | 2 795,42 |  | x |  | - za jedno badanie - grupa I obejmuje radiofarmaceutyki: 18F-FDG, 18F-NaF. |
| 47 | 5.10.00.0000104 | pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II | punkt | 349,96 | 4 141,63 |  | x |  | - za jedno badanie - grupa II obejmuje inne radiofarmaceutyki: zarejestrowane w Polsce 18F-cholina (18-fluorocholina) lub nie zarejestrowane w Polsce a sprowadzane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy zgodnie z prawem atomowym |
| 48 | 11.1021.046.02 | leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci | 5.10.00.0000053 | leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci do 6 roku życia albo wymagających do 20 jednostek insuliny na dobę | punkt |  | 7 469,00 |  | x |  |  |
| 49 | 5.10.00.0000054 | leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci od 6 do 18 roku życia | punkt |  | 6 894,00 |  | x |  |  |
| 50 | 11.1021.047.02 | leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych | 5.10.00.0000056 | leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat wymagających do 30 jednostek insuliny na dobę | punkt |  | 7 469,00 |  | x |  |  |
| 51 | 5.10.00.0000057 | leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat | punkt |  | 6 894,00 |  | x |  |  |
| 52 | 10.0000.050.02 | kompleksowe leczenie  wrodzonej sztywności wielostawowej | 5.10.00.0000058 | kompleksowe operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej | punkt |  | 13 539,35 |  |  | x | obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację  na przynajmniej  dwóch poziomach w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny dolnej i miednicy-  w czasie jednej sesji operacyjnej oraz rehabilitację w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów |
| 53 | 5.10.00.0000059 | operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej | punkt |  | 4 923,40 |  |  | x | obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację na jednym poziomie w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny górnej lub dolnej oraz rehabilitacją w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów |
| 54 | 5.10.00.0000060 | kompleksowe zachowawcze leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej | punkt |  | 4 307,46 |  |  | x | obejmuje diagnostykę, rehabilitację w Oddziale Ortopedii, założenie i dopasowanie ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów |
| 55 | 5.10.00.0000061 | rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych wrodzonej sztywności wielostawowej | punkt |  | 177,10 |  |  | x | osobodzień w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej dzieci;  nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów |
| 56 | 5.10.00.0000062 | zaopatrzenie w przedmiot ortopedyczny w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej | punkt |  | 1 |  |  | x | koszt wyrobu wykonanego na zamówienie, o którym mowa w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974) art. 2 pkt. 36; udokumentowany fakturą; możliwość rozliczenia ze świadczeniami w trybie hospitalizacji z niniejszego zakresu |
| 57 | 5.10.00.0000063 | porada zabiegowa w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej | punkt |  | 270,89 |  | x |  | korekcje manualne deformacji i założenie unieruchomienia gipsowego; usunięcie materiału zespalającego po leczeniu operacyjnym; nie można sumować ze świadczeniami nr:5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062 |
| 58 | 5.10.00.0000064 | porada zachowawcza w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej | punkt |  | 74,16 |  | x |  | diagnostyka RTG, pobranie miary/korekta ortez;  nie można sumować ze świadczeniami nr:5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062 |
| 59 |  |  | 5.10.00.0000157 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. | punkt | 15 | 15,00 |  |  | x | - za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku  sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128). |
| 60 | 11.0000.049.02 | leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej | 5.10.00.0000067 | pompa baklofenowa | punkt |  | 1 |  |  | x | koszt zakupu kompletnego zestawu pompy baklofenowej - zgodny z wynikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego |
| 61 | 5.10.00.0000068 | cewnik do pompy baklofenowej | punkt |  | 1 |  |  | x | - koszt cewnika wraz z osprzętem wg faktury zakupu;                                - rozliczenie wyłącznie w przypadku wymiany |
| 62 | 5.10.00.0000069 | założenie / wymiana / usunięcie pompy baklofenowej | punkt |  | 3 360,89 |  |  | x | -wymiana nie wcześniej niż przed upływem  okresu gwarancji; -  nie obejmuje kosztu  pomy baklofenowej  i baklofenu |
| 63 | 5.10.00.0000070 | wymiana  cewnika z przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia | punkt |  | 1 680,96 |  |  | x | nie obejmuje kosztu cewnika do pompy baklofenowej i baklofenu |
| 64 | 5.10.00.0000071 | hospitalizacja związana z uzupełnieniem pompy baklofenowej | punkt |  | 532,51 |  |  | x | nie obejmuje kosztu baklofenu |
| 65 | 5.10.00.0000072 | test baklofenowy | punkt |  | 632,00 |  |  | x | obejmuje wszystkie koszty, w tym koszt baklofenu |
| 66 | 5.10.00.0000073 | baklofen | punkt |  | 747,00 |  |  | x | za jedną ampułkę  zawierającą 10 mg baklofenu |
| 67 |  |  | 5.10.00.0000157 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. | punkt | 15 | 15,00 |  |  | x | - za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000069, 5.10.00.0000070,  5.10.00.0000071, 5.10.00.0000072; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku  sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128). |
| 68 | 11.0000.050.12 | Teleradioterapia protonowa | 5.10.00.0000076 | teleradioterapia hadronowa wiązką protonów | świadczenie |  | 1 |  | x | x | - za cały proces leczenia, - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4  do rozporządzenia szpitalnego |
| 69 | 5.10.00.0000157 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. | punkt | 15 | 15,00 |  |  | x | - za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku  sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128). |
| 70 | 11.0000.950.12 | Teleradioterapia protonowa - pakiet onkologiczny | 5.10.00.0000076 | teleradioterapia hadronowa wiązką protonów | świadczenie |  | 1 |  | x | x | - za cały proces leczenia; - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4  do rozporządzenia szpitalnego |
| 71 | 5.10.00.0000157 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. | punkt | 15 | 15,00 |  |  | x | - za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku  sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128). |
| 72 | 11.0000.051.02 | Domowa antybiotykoterapia dożylna | 5.10.00.0000074 | podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie | punkt |  | 35,02 | x |  |  | dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; obejmuje także koszt: - sprzętu i środków opatrunkowych, - przygotowania pacjenta i opiekunów |
| 73 | 5.10.00.0000075 | wizyta kontrolna po zakończeniu terapii | punkt |  | 177,16 |  | x |  | obejmuje także koszt: - zapewnienia kontaktu telefonicznego, - badań wymienionych w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20 część "Pozostałe wymagania" pkt 1 ppkt 7). |
| 74 | 5.10.00.0000220 | Antybiotyk podawany dożylnie (z listy antybiotyków wymienionej w załączniku nr 18) | punkt |  | 1 | x |  |  | dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą |
| 75 | 11.9000.001.02 | Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1) | 5.10.00.0000077 | KLRP-1 etap I | punkt |  | 825,03 |  | x |  | ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni). |
| 76 | 5.10.00.0000078 | KLRP-1 etap I z transportem | punkt |  | 1 402,86 |  | x |  | ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni). |
| 77 | 5.10.00.0000079 | KLRP-1 etap IIa | punkt |  | 701,43 |  | x |  | ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni) |
| 78 | 5.10.00.0000080 | KLRP-1 etap IIa z transportem | punkt |  | 1 193,77 |  | x |  | ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni) |
| 79 | 5.10.00.0000081 | KLRP-1 etap IIb kategoria I | punkt |  | 9 625,35 |  |  | x | leczenie w oddziale - dotyczy głównie operacyjnego leczenia odleżyn, owrzodzeń popromiennych i przewlekłych ran pourazowych . konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 83.82, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.79 |
| 80 | 5.10.00.0000082 | KLRP-1 etap IIb kategoria II | punkt |  | 5 501,23 |  |  | x | leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej, łączy się z leczeniem opatrunkami z miejscowym podciśnieniem  konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 77.87, 77.88, 77.891, 77.892, 80.97, 80.98, 84.119, 84.129, 84.31, 84.32, 84.33, 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.752, 86.79, 86.89 |
| 81 | 5.10.00.0000083 | KLRP-1 etap IIb kategoria III | punkt |  | 6 954,56 |  |  | x | leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii żylnej z operacją układu żylnego przeprowadzoną w czasie tej samej hospitalizacji  konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65 oraz co najmniej dwóch z procedur ICD 9: 38.50, 38.591, 38.592, 38.593, 38.594, 38.595, 38.596, 38.691, 38.692, 38.693, 38.694, 38.695, 38.696 |
| 82 | 5.10.00.0000084 | KLRP-1 etap IIb kategoria IV | punkt |  | 2 941,68 |  |  | x | leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej oraz leczenia opatrunkami z miejscowym podciśnieniem stosowane jako przygotowanie do zamknięcia rany, lub leczenie operacyjne w innym oddziale (finansowane na zasadach ogólnych – nie w ramach produktu). konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 80.88, 86.04, 86.221, 86.222, 86.229, 86.609, 86.89 |
| 83 | 5.10.00.0000085 | KLRP-1 etap III | punkt |  | 295,61 |  | x |  | ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni): |
| 84 | 5.10.00.0000086 | KLRP-1 etap III z transportem | punkt |  | 504,70 |  | x |  | ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni): |
| 85 | 5.10.00.0000087 | KLRP-1 etap IV | punkt |  | 307,97 |  | x |  | ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. |
| 86 | 5.10.00.0000088 | KLRP-1 etap IV z transportem | punkt |  | 529,42 |  | x |  | ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. |
| 87 | 5.10.00.0000089 | KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany | punkt |  | 221,45 |  | x |  | ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany) |
| 88 | 5.10.00.0000090 | KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany, z transportem | punkt |  | 381,10 |  | x |  | ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany) |
| 89 | 5.10.00.0000157 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. | punkt | 15 | 15,00 |  |  | x | - za osobodzień; - do rozliczania z produktami: 5.10.00.0000081, 5.10.00.0000082, 5.10.00.0000083, 5.10.00.0000084; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku  sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128). |
| 90 | 11.1450.400.02 | Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC I) | 5.10.00.0000143 | ryczałt KOC I  - od I trymestru ciąży | punkt |  | 6 269 | x | x | x | obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą przed końcem 14 tygodnia ciąży |
| 91 | 5.10.00.0000144 | ryczałt KOC I -  od 15 tygodnia ciąży | punkt |  | 5 758 | x | x | x | obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży |
| 92 | 5.10.00.0000145 | ryczałt KOC I -  od 33 tygodnia ciąży | punkt |  | 5 296 | x | x | x | obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży |
| 93 | 5.10.00.0000146 | ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną | punkt |  | 4 878 |  | x | x | rozliczany łącznie z produktem o kodzie: 5.10.00.0000147 "ryczałt KOC I  - prowadzenie ciąży przez położną", w przypadku gdy ciążę prowadziła położna KOC I i poród odbył się u koordynatora |
| 94 | 5.10.00.0000147 | ryczałt KOC I - prowadzenie ciąży przez położną | punkt |  | 1 391 | x | x |  | do łącznego rozliczania z produktem o kodzie: 5.10.00.0000146 "ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną". Obejmuje prowadzenie ciąży fizjologicznej przez położną KOC I zgodnie ze schematem wynikającym z rozporządzenia o opiece okołoporodowej |
| 95 | 5.10.00.0000114 | (N22KOC) Noworodek wymagający intensywnej terapii | punkt |  | 23 001 |  |  | x | - produkt dedykowany dla II poziomu opieki  neonatologicznej,  - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym  zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,  - obejmuje opiekę nad noworodkiem  wymagającym intensywnej terapii,  - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983. |
| 96 | 5.10.00.0000219 | (N22AKOC) Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki | punkt |  | 11 298 |  |  | x | - produkt dedykowany dla  II poziomu opieki neonatologicznej,  - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,  - obejmuje opiekę nad noworodkiem  wymagającym intensywnej terapii  (m.in. noworodkiem ze skrajnie  niską urodzeniowa masą ciała, wrodzonymi wadami rozwojowymi, wodogłowiem),  - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983 |
| 97 | 5.10.00.0000115 | (N23KOC) Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki | punkt |  | 27 738 |  |  | x | - produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej,  - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym  zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,  - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym  intensywnej opieki,  - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983 |
| 98 | 5.10.00.0000116 | (N24KOC) Noworodek wymagający szczególnej opieki | punkt |  | 5 456 |  |  | x | - produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej,  - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku,  - nie można sumować z ryczałtem KOC I,  - możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora,  - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983. |
| 99 | 5.10.00.0000117 | (N25KOC) Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru | punkt |  | 2 468 |  |  | x | - produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej,  - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku,  - nie można sumować z ryczałtem KOC I, - możliwość rozliczania hospitalizacji  dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora,  - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983. |
| 100 | 5.10.00.0000148 | hospitalizacja przed przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym (KOC I) | punkt |  | 668 |  |  | x | rozliczanie wyłącznie w przypadku przeniesienia pacjentki do ośrodka wyższego poziomu referencyjnego, w sytuacji kiedy poród nie odbył się u koordynatora |
| 101 | 5.10.00.0000149 | wizyta patronażowa położnej (KOC I) | punkt |  | 28 | x |  |  | rozliczanie wyłącznie w przypadku wizyt patronażowych położnej KOC I; nie więcej niż 6 wizyt w ciągu 2 miesięcy |
| 102 | 5.10.00.0000157 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. | punkt | 15 | 15 |  |  | x | - za osobodzień; - do rozliczania z produktami:  5.10.00.0000143, 5.10.00.0000144, 5.10.00.0000145, 5.10.00.0000146, 5.10.00.0000114, 5.10.00.0000115, 5.10.00.0000116, 5.10.00.0000117, 5.10.00.0000148, 5.10.00.0000219; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku  sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128). |
| 103 | 11.9000.002.02 | Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2) | 5.10.00.0000158 | KLRP-2 kwalifikacja | punkt |  | 613,84 |  | x |  | obejmuje wizytę pielęgniarską i lekarską , (w tym badania) zgodnie z opisem KLRP-2; |
| 104 | 5.10.00.0000159 | KLRP-2 etap I A | punkt |  | 761,14 | x | x |  | - ryczałt obejmuje 5 wizyt:  4 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolna lekarską zgodnie z opisem KLRP-2;  - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1 |
| 105 | 5.10.00.0000160 | KLRP-2 etap I B | punkt |  | 620,19 | x | x |  | - ryczałt obejmuje 4 wizyty  3 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1 |
| 106 | 5.10.00.0000161 | KLRP-2 etap I C | punkt |  | 761,14 | x | x |  | - ryczałt obejmuje 5 wizyt:  4 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2;  - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1 |
| 107 | 5.10.00.0000162 | KLRP-2 etap I D | punkt |  | 850,00 |  | x |  | zgodnie z opisem KLRP-2 |
| 108 | 5.10.00.0000163 | KLRP-2 etap II A | punkt |  | 5 600,00 |  |  | x | leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje chirurgiczne operacyjne oczyszczenie rany, miejscową terapię podciśnieniem, przeszczep allogeniczny skóry lub owodni, zgodnie z opisem KLRP-2; przewidywany czas pobytu do 7 dni |
| 109 | 5.10.00.0000164 | KLRP-2 etap II B | punkt |  | 8 600,00 |  |  | x | leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje kompleksowe leczenie chirurgiczne (operacyjne oczyszczenie i przeszczep) zgodnie z opisem KLRP-2; przewidywany czas pobytu minimum 10 dni |
| 110 | 5.10.00.0000165 | KLRP-2 etap III | punkt |  | 90,00 | x | x |  | - za 1 wizytę zgodnie z opisem KLRP-2  - można rozliczyć do 5 wizyt; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1 |
| 111 | 5.10.00.0000166 | koszt transportu |  |  |  |  | x |  | - koszt transportu sanitarnego rozliczany zgodnie z zasadami określonymi w  zarządzeniu poz; - rozliczanie maksymalnie do 5 transportów |
| 112 | 5.10.00.0000167 | KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu A | punkt |  | 3 000,00 |  | x |  | - zamknięcie rany 100% potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną; |
| 113 | 5.10.00.0000168 | KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu B | punkt |  | 2 000,00 |  | x |  | - zamknięcie rany powyżej 60 % powierzchni, potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną; - nie można rozliczać łącznie z wizytą ewaluacyjną typu A |
| 114 | 5.10.00.0000157 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. | punkt |  | 15,00 |  |  | x | - za osobodzień; - do rozliczania z produktem: 5.10.00.0000163,  5.10.00.0000164;  - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku  sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128). |
| 115 | 11.1100.011.02 | Nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi | 5.10.00.0000223 | wydanie wyrobu medycznego do telemetrycznego nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym | punkt |  | 2514,48 |  |  |  | zgodnie z zasadami określonymi w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 116 | 5.10.00.0000224 | porada edukacyjna związana  z włączeniem pacjenta do systemu nadzoru telemetrycznego | punkt |  | 48,27 |  |  |  | - za poradę obejmującą edukację pacjenta/rodziny/opiekuna umożliwiającą właściwe korzystanie z systemu nadzoru telemetrycznego;  - zgodnie z opisem określonym w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia;  - do jednokrotnego rozliczenia łącznie  z produktem 5.10.00.0000223. |
| 117 | 5.10.00.0000225 | prowadzenie telemetrycznego nadzoru nad pacjentem z implantowanym  urządzeniem wszczepialnym przez 1 miesiąc | punkt |  | 112,47 |  |  |  | za 1 miesiąc nadzoru, prowadzonego w sposób określony w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych** | | | | | | | | | | | |
| **N Położnictwo i opieka nad noworodkami  - KOC I** | | | | | | | | | | | |
| **N22KOC Noworodek wymagający intensywnej terapii** | | | | | | | | | | | |
| ***na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji  umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,*** | | | | | | | | | | | |
| **N22AKOC Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki** | | | | | | | | | | | |
| ***na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji  umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,*** | | | | | | | | | | | |
| **N23KOC Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki** | | | | | | | | | | | |
| ***na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji  umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,*** | | | | | | | | | | | |
| **N24KOC Noworodek wymagający szczególnej opieki** | | | | | | | | | | | |
| ***na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji  umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,*** | | | | | | | | | | | |
| **N25KOC Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru** | | | | | | | | | | | |
| ***na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji  umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,*** | | | | | | | | | | | |

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr ....................  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia....................2023 r.

**Warunki realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. DIALIZA OTRZEWNOWA** | |
| **1. 1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 1** |
| **2. HEMODIALIZOTERAPIA** | |
| **2.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Dla świadczenia 5.10.00.0000091 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 2 (spełnienie wymagań w części dotyczącej: 1) personelu – w zakresie lit. A, 2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną 3) pozostałych wymagań – z wyłączeniem pkt 1; Dla świadczenia 5.10.00.0000153 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 22** |
| **2a. HEMODIALIZOTERAPIA -  z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru** | |
| **2.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Dla świadczenia 5.10.00.0000092 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 2 (spełnienie wymagań w części dotyczącej:1) personelu – w zakresie lit. B, 2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, 3) pozostałych wymagań); Dla świadczenia 5.10.00.0000153 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 22** |
| **3. TERAPIA HIPERBARYCZNA** | |
| **3.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Dla świadczenia 5.10.00.0000151 - załącznik nr 4 do rozporządzenia  szpitalnego Lp. 17**;  **Dla świadczenia 5.10.00.0000152 - załącznik nr 5 do rozporządzenia  Lp. 14** |
| **4. TLENOTERAPIA W WARUNKACH DOMOWYCH (DLT)** | |
| **4.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia  Lp. 3** |
| **5. ŻYWIENIE POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH** | |
| **5.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia  Lp. 4** |
| **6. ŻYWIENIE DOJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH** | |
| **6.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia  Lp. 5** |
| **7. BADANIA ZGODNOŚCI TKANKOWEJ** | |
| **7.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. IX  Lp. 1** |
| **8. BADANIA GENETYCZNE** | |
| **8.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Dla świadczeń:5.10.00.0000041, 5.10.00.0000043 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M  Lp. 913-916; Dla świadczenia 5.10.00.0000047  - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M  Lp. 917** |
| **9. BADANIA IZOTOPOWE** | |
| **9.1. WARUNKI WYMAGANE** | **Dla świadczeń: 5.10.00.0000024, 5.10.00.0000226, 5.10.00.0000227, 5.10.00.0000228, 5.10.00.0000230 (dla procedury 92.183), 5.10.00.0000231 (dla procedury 92.183), 5.10.00.0000232 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz VII Lp. 8; Dla świadczeń: 5.10.00.0000023, 5.10.00.0000229, 5.10.00.0000230 (dla procedury 92.192), 5.10.00.0000231 (dla procedury 92.192) - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz VII Lp. 6; Dla świadczenia 5.10.00.0000049  - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz VII Lp. 10** |
| **10.TERAPIA IZOTOPOWA** | |
| **10.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia   Lp. 15** |
| **11. ZAOPATRZENIE PROTETYCZNE** | |
| **11. 1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia   Lp. 6 - 12** |
| **12. BADANIE METODĄ  POZYTONOWEJ TOMOGRAFII EMISYJNEJ** | |
| **12.1 WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. VII  Lp. 9** |
| **13. LECZENIE CUKRZYCY Z ZASTOSOWANIEM POMPY INSULINOWEJ U DZIECI** | |
| **13.1  WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 13** |
| **14. LECZENIE CUKRZYCY Z ZASTOSOWANIEM POMPY INSULINOWEJ U DOROSŁYCH** | |
| **14.1  WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 13** |
| **15. KOMPLEKSOWE LECZENIE WRODZONEJ SZTYWNOŚCI WIELOSTAWOWEJ** | |
| **15.1 WARUNKI WYMAGANE** | **1) zgodnie z rozporządzeniem szpitalnym (warunki wspólne § 4 ust. 1 pkt 1- 5 i 7, § 5) oraz z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego cz.I Lp. 35**; **2) zgodnie z rozporządzeniem rehabilitacyjnym  -  załącznik nr 1, Lp. 4, lit. a kol. 3**; **3) zgodnie z rozporządzeniem - załącznik nr 1, Lp. 46** |
| **16.  LECZENIE  SPASTYCZNOŚCI  OPORNEJ  NA  LECZENIE  FARMAKOLOGICZNE  Z  ZASTOSOWANIEM POMPY BAKLOFENOWEJ** | |
| **16.1 WARUNKI  WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia  szpitalnego  (§ 4 ust. 1 pkt 1-5 i 7,  § 5) oraz z załącznikiem  Nr 3  do rozporządzenia szpitalnego: cz. I Lp. 29** | |
| **16. 3 WARUNKI  DODATKOWO  WYMAGANE  dla  realizacji świadczenia:  Wszczepienie pompy baklofenowej  w leczeniu spastyczności opornej na leczenie  farmakologiczne - zgodnie  z załącznikiem  Nr 4 do rozporządzenia szpitalnego:  Lp. 26** | |
| **17. TELERADIOTERAPIA PROTONOWA** | |
| **17.1 WARUNKI WYMAGANE** | **1) zgodnie z rozporządzeniem  szpitalnym (warunki wspólne § 4 ust. 1 pkt 1- 5 i 7, § 5 ) oraz z  załącznikiem  Nr 3 do  rozporządzenia szpitalnego cz.I Lp. 31**; **2) zgodnie  z załącznikiem  Nr 4 do rozporządzenia szpitalnego - świadczenie gwarantowane "Terapia protonowa nowotworów oka"**. |
| **17.2 Warunki dodatkowo wymagane do realizacji świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego o której  mowa w art. 32a ust. 1 ustawy - art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach** | |
| **17.2.1  wymagania formalne** | **1)  zapewnienie udokumentowanej koordynacji i realizacji świadczeń, zgodnie z  § 4a ust. 1 rozporządzenia szpitalnego - dotyczy świadczeniodawców realizujących  kompleksowe leczenie onkologiczne, posiadających umowę w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie okulistyki, albo  2)  posiadanie  umowy o współpracy z podmiotem koordynującym, o którym mowa w § 4a ust. 1 rozporządzenia szpitalnego.** |
| **17.2.2 pozostałe warunki** | **1) realizacja świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego  zgodnie z warunkami określonymi w § 4a rozporządzenia szpitalnego i rozporządzenia w sprawie karty DiLO**; **2) rozpoznanie zasadnicze nowotworu:  czerniak błony naczyniowej, wg ICD-10: C 69.3 Nowotwór złośliwy oka – naczyniówka**. |
| **18. DOMOWA ANTYBIOTYKOTERAPIA DOŻYLNA** | |
| **18.1  WARUNKI WYMAGANE** | **Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 20** |
| **19. KOMPLEKSOWE LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH (KLRP-1)** | |
| **19.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem** | |
|  | **Zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 4 (Poradnia specjalistyczna - diabetologia) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 16 (Poradnia specjalistyczna - leczenia chorób naczyń) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 36 (Poradnia specjalistyczna - chirurgia ogólna)** |
| **19.2 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym** | |
|  | **Zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 7 (Chirurgia naczyniowa) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 8 (Chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 9 (Chirurgia ogólna) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 11 (Chirurgia plastyczna)** |
| **20. KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY - KOC I (KOC I)** | |
| **20.1 WARUNKI WYMAGANE -  szpital - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym** | |
|  | **1)  warunki ogólne - wynikające z § 4 ust. 1 pkt 1 - 7, § 5, § 5a, § 6, § 6b, § 7 i § 9 rozporządzenia szpitalnego**; **2)  warunki szczegółowe - spełnienie co najmniej wymagań określonych w cz. I Lp. 37 Położnictwo i ginekologia oraz Lp. 26  neonatologia załącznika  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego**. |
| **20.2 WARUNKI WYMAGANE -  poradnia - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem** | |
|  | **Zgodnie  z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia Lp. 34 (Porada specjalistyczna - położnictwo i ginekologia)** |
| **20.3 WARUNKI WYMAGANE -  położna posiadająca kwalifikacje określone w obowiązujących przepisach prawa** | |
| **20.4 WARUNKI WYMAGANE do zawarcia umowy** | |
| **20.4.1 Wymagania formalne** | **Posiadanie w strukturze organizacyjnej (wpis w rejestrze): 1) oddziału szpitalnego o profilu położniczo - ginekologicznym lub innym zgodnym z zakresem realizowanych świadczeń -  co najmniej  pierwszy poziom referencyjny**;**2) poradni  położniczo - ginekologicznej**;  **- dodatkowo możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni położniczo - ginekologicznych lub praktyk lekarskich (indywidualnych lub grupowych) na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**; **3) oddziału szpitalnego o profilu neonatologia**; **4) posiadanie w strukturze organizacyjnej lub na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych położnych zapewniających realizację zadań określonych w opisie KOC I, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu poz, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej**. |
| **20.4.2  Organizacja udzielania świadczeń** | **1) zapewnienie terminowego wykonania procedur medycznych, zgodnie z rozporządzeniem o opiece okołoporodowej, rozporządzeniem o opiece w ciąży patologicznej oraz zgodnie ze wskazaniami klinicznymi**; **2) zapewnienie wykonania poszerzonego badania klinicznego noworodka przez lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii lub lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii w okresie pierwszych 12 godzin życia noworodka (zgodnie z rozporządzeniem o opiece okołoporodowej)**; **3) stała obecność lekarza  specjalisty  w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii  - w lokalizacji (zgodnie z rozporządzeniem szpitalnym)**; **4) możliwość wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego - całodobowo**; **5) harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów**; **6) całodobowa możliwość kontaktu telefonicznego dla kobiet objętych opieką koordynowaną oraz możliwość uzyskania konsultacji 24h/dobę. Rejestracja na nośniku wszystkich zgłoszeń i połączeń telefonicznych.** |
| **20.4.3 Zapewnienie realizacji badań** | **1) badania laboratoryjne - w dostępie (zgodnie z rozporządzeniem)**; **2) badania ultrasonograficzne - w lokalizacji (zgodnie z rozporządzeniem)**. |
| **20.4.4 Pozostałe warunki** | **Koordynacja wszystkich działań związanych z opieką w okresie ciąży, porodu, połogu oraz opieką nad noworodkiem a następnie niemowlęciem zgodnie z opisem KOC I.** |
| **21. KOMPLEKSOWE LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH (KLRP-2)** | |
| **21.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem oraz rozporządzeniem poz** | |
|  | **Zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 4 (Poradnia specjalistyczna - diabetologia) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 16 (Poradnia specjalistyczna - leczenia chorób naczyń) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia:  Lp. 36 (Poradnia specjalistyczna - chirurgia ogólna) lub zgodnie z załącznikiem  Nr 1 do rozporządzenia poz (Porada lekarska lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) oraz zgodnie z załącznikiem  Nr 2 do rozporządzenia poz (Porada pielęgniarska)** |
| **21.2 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym** | |
|  | **Zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 7 (Chirurgia naczyniowa) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 8 (Chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny) lub  zgodnie  z załącznikiem  Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego:  cz.I  Lp. 9 (Chirurgia ogólna)** |
| **22. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA RAKA PIERSI LUB RAKA JAJNIKA** | |
| **22.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 32 do rozporządzenia** | |
| **23. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA RAKA JELITA GRUBEGO LUB RAKA BŁONY ŚLUZOWEJ TRZONU MACICY** | |
| **23.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 33 do rozporządzenia** | |
| **24. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA SIATKÓWCZAKA LUB CHOROBĘ VON HIPPEL-LINDAU (VHL)** | |
| **24.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 34 do rozporządzenia** | |
| **25. NADZÓR TELEMETRYCZNY NAD PACJENTAMI Z IMPLANTOWANYMI URZĄDZENIAMI WSZCZEPIALNYMI** | |
| **25.1 WARUNKI WYMAGANE -  zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 35 do rozporządzenia** | |

**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 2022 r. poz. 2561 z późn.zm.).

Niniejszym zarządzeniem zmieniającym zarządzenie Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, wprowadzono zmiany w zakresie "badania izotopowe" (11.0000.040.02) .

Zmiany te wynikają z opracowania analitycznego nr WT.543.03.2023 z dnia 17 kwietnia br., przygotowanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i przekazanego Ministerstwu Zdrowia, dotyczącego świadczeń z zakresu badań medycyny nuklearnej oraz badań izotopowych.

Na podstawie przeprowadzonych analiz AOTMiT zaproponowała przebudowę katalogu badań izotopowych i medycyny nuklearnej poprzez wyodrębnienie nowych produktów rozliczeniowych i precyzyjnie pogrupowanie procedur i ich kombinacji do odpowiednich produktów.

Projektowane zmiany polegają na:

1) usunięciu z katalogu zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie 3 obecnie istniejących produktów rozliczeniowych:

- scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny,

- scyntygrafia nadnerczy/innych okolic ciała,

- scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów;

2) utworzeniu na ich miejsce 7 nowych produktów rozliczeniowych:

- Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny techniką SPECT/CT,

- Scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów przeciwciałami monoklonalnymi,

- Scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych HM-PAO leukocytów,

- Scyntygrafia kory nadnerczy z zastosowaniem 131I-Norcholesterolu,

- Scyntygrafia nadnerczy/ innych okolic ciała z zastosowaniem 123 I-MIBG,

- Scyntygrafia nadnerczy/ innych okolic ciała z zastosowaniem 131 I-MIBG,

- Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem 131I;

3) nowych wycenach dla pozostałych 3 produktów rozliczeniowych, tj.:

- scyntygrafia wentylacyjna płuc,

- scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem cytrynianu galu,

- diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków,

4) wprowadzeniu w uwagach szczegółowych warunków rozliczania dla wszystkich produktów rozliczeniowych w zakresie badania izotopowe, powiązanych z wykonaniem konkretnych procedur medycznych wg ICD-9.

Ponadto wprowadzono zmiany w załącznikach nr 2, 2a, 2b, 2d do zarządzenia, stanowiących wzory umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w celu dostosowania postanowień umów do § 31 ust. 1 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).

Jednoczasowo z powyższymi zmianami, od dnia 1 września br., wejdą w życie także zmiany w rozliczaniu badań medycyny nuklearnej oraz badań izotopowych finansowanych jako ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, w ramach rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ponieważ zaproponowana przez AOTMiT przebudowa katalogu badań obejmuje zarówno rodzaj świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (w skrócie SOK), jak i rodzaj ambulatoryjna opieka specjalistyczna (w skrócie AOS).

Oszacowany przez AOTMiT skutek finansowy wprowadzanych modyfikacji:

-wydatki płatnika na badania rozliczane w ramach SOK spadną o 24,9 mln zł tj. o 40% (z 61,9 mln zł do 37,1 mln zł),

- wydatki płatnika na badania rozliczane w ramach AOS wzrosną o 30,4 mln zł tj. o 48% (z 62,9 mln zł do 93,4 mln zł),

- wydatki płatnika na przedmiotowe badania po wprowadzeniu zmian w obu ww. rodzajach świadczeń wzrosną o 5,5 mln zł tj. o 4% względem dotychczasowych wydatków (z 124,9 mln zł do 130,4 mln zł).

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 2022 r. poz. 787 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 21 dni. 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) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

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.