

2008  
**INFORMATOR NFZ**  
dla świadczeniodawców

Wstęp

Renata Zarębska

Opracowanie merytoryczne

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Redakcja

Biuro Komunikacji Społecznej

Opracowanie graficzne

Agata Sobczyk

Narodowy Fundusz Zdrowia

Centrala

ul. Grójecka 186

02-390 Warszawa

# SPIS TREŚCI

## 4 **Wstęp**

## ■ 6 **Podstawowa opieka zdrowotna**

Świadczenia lekarza POZ

Nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ

Program profilaktyki chorób układu krążenia

Program profilaktyki chorób odtytoniowych

(w tym POChP)

Świadczenia transportu sanitarnego dalekiego

Świadczenia pielęgniarki POZ

Katalog świadczeń pielęgniarskich

Świadczenia w ramach programu profilaktyki gruźlicy

## ■ 11 **Ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

## ■ 13 **Leczenie szpitalne**

Zasady tworzenia jednorodnych grup pacjentów

Zasady kwalifikacji przypadku chorobowego

Hospitalizacja krótkoterminowa oraz chirurgia  
jednego dnia

Oddział anestezjologii i intensywnej terapii

Szpitalny oddział ratunkowy

## ■ 19 **Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień**

## ■ 20 **Rehabilitacja lecznicza**

## ■ 20 **Opieka długoterminowa**

## ■ 22 **Leczenie stomatologiczne**

## ■ 23 **Lecznictwo uzdrowiskowe**

## ■ 24 **Ratownictwo medyczne, pomoc doraźna i transport sanitarny**

Ratownictwo medyczne

Pomoc doraźna i transport sanitarny

## ■ 26 **Profilaktyczne programy zdrowotne**

## ■ 28 **Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**

## ■ 29 **Zaopatrzenie w wyroby ortopedyczne i środki pomocnicze**

# WSTĘP

Od początku 2008 roku zmieniają się zasady kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ich celem jest uproszczenie finansowania i kontraktowania usług medycznych oraz dostosowanie ich do realiów rynku usług zdrowotnych i możliwości finansowych płatnika. Wszystkie zasady kontraktowania świadczeń są szczegółowo opisane w projektach zarządzeń prezesa NFZ, które znajdują się na stronie internetowej NFZ ([www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl)).

Z początkiem 2008 roku zmieni się również algorytm podziału pieniędzy między województwami. Zniknie tzw. współczynnik migracji, a poszczególne oddziały NFZ będą samodzielnie płaciły za pacjentów ze swojego terenu, którzy wyjadą leczyć się w innym województwie. To poważna zmiana w logice funkcjonowania obecnego systemu.

Warunki zawierania umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, sposób finansowania, jednostki rozliczeniowe, sprawozdawanie, forma i sposób sporządzania ofert zostały uporządkowane i ujednolicone we wszystkich oddziałach NFZ. Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania umów we wszystkich rodzajach świadczeń precyzuje i ujednolica wykaz dokumentów, które świadczeniodawca jest zobowiązany przedstawić w ofercie. Tak więc świadczeniodawca składający oferty w kilku oddziałach NFZ ze względu na posiadanie miejsc realizacji świadczeń na terenie działania kilku oddziałów NFZ w każdym będzie składał ten sam zestaw wymaganych dokumentów i wypełniał te same aplikacje informatyczne.

We wszystkich rodzajach kontraktowanych świadczeń przyjęto zasadę, że w przypadku braku możliwości zakontraktowania świadczeń zgodnie z planem zakupu zatwierdzonym przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w danym zakresie, dyrektor oddziału w kolejnym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej może warunkowo dopuścić do udzielania świadczeń podmioty niespełniające tych wymagań (nie dotyczy to wymagań formalno-prawnych). Wskazuje jednocześnie świadczeniodawcy termin dostosowania się do tych wymagań, obniżając tym samym cenę jednostkową świadczenia.

W wielu rodzajach świadczeń wycenę punktową i cenę punktu zastępuje się wyceną konkretnego świadczenia (np. zabieg hemodializy lub oso-

bodzień na oddziale rehabilitacyjnym).

NFZ nie będzie ograniczał liczby kontraktowanych świadczeń w niektórych zakresach np. w położnictwie i ginekologii, kardiologii. W kwotach zobowiązania finansowego NFZ określanych w umowach dla wymienionych zakresów zostaną określone odrębne kwoty zobowiązania przeznaczone wyłącznie na realizację wymienionych w zarządzeniu świadczeń. Są to przykładowo: porody, zabiegi koronaroplastyki w ostrych zespołach wieńcowych.

NFZ ma zamiar podwyższyć poziom finansowania świadczeń stomatologicznych oraz określić w umowach z lekarzami stomatologami dodatkowe kwoty na leczenie protetyczne i ortodontyczne.

Ważną zmianą jest zniesienie zasady współpłacenia przez lekarza kierującego pacjenta na wykonanie kosztochłonnych badań diagnostycznych.

W kilku rodzajach kontraktowanych świadczeń zdrowotnych pojawią się nowe produkty.

W 2008 roku NFZ w szczególny sposób będzie monitorował realizację świadczeń dzięki sprawozdawczości w formie elektronicznej. I tak na przykład od początku roku sprawozdania z realizacji programów zdrowotnych powinny być przekazywane do NFZ drogą elektroniczną. NFZ wprowadza także obowiązkową sprawozdawczość w zakresie procedur medycznych według międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD 9 (trzecia polska edycja 2007 r.) oraz w zakresie anestezyjologii i intensywnej terapii kart punktacji pacjentów w skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci. Sprawozdania z wykonanych świadczeń realizowanych w pielęgniarskiej opiece długoterminowej i przez pielęgniarkę POZ również powinny być przekazywane do NFZ drogą elektroniczną.

W przypadku hemodializ od początku 2008 roku NFZ wprowadził także konieczność sprawozdawania w formacie elektronicznym podań środków stymulujących erytropoezę (rodzaj: świadczenia odrębnie kontraktowane).

## Świadczenia lekarza POZ

### Nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ

Nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska i pielęgniarska może być realizowana na dotychczasowych zasadach organizacyjnych lub według nowego modelu, w którym opiekę lekarsko-pielęgniarską nad populacją zadeklarowanych osób sprawuje zespół lekarza POZ (lekarz i pielęgniarka). Opiekę tę świadczeniodawca może zapewniać samodzielnie lub razem z innymi świadczeniodawcami prowadzącymi działalność na sąsiadujących obszarach w ramach zawartego z nimi porozumienia.

Nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ łączy w sobie zadania określone dla lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń w dotychczas kontraktowanych formach opieki:

- nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opiece lekarskiej,
- nocnej i świątecznej wyjazdowej opiece lekarskiej,
- nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opiece pielęgniarskiej,
- nocnej i świątecznej wyjazdowej opiece pielęgniarskiej.

Nie zmieniają się godziny dostępności do świadczeń i merytoryczny zakres zadań, inne natomiast są zasady finansowania opieki.

Dla odrębnie określonej dla tego sposobu realizacji umowy stawka kapitacyjna wynosi 21 zł. Dodatkowo wprowadzono odpowiednie do liczebności populacji objętej opieką współczynniki finansowania:

- dla populacji do 5000 ubezpieczonych – 1,3,
- od 5001 do 10 tysięcy – 1,15,
- powyżej 10 tysięcy – 1,0.

Liczba podopiecznych objętych opieką jednego zespołu lekarza POZ nie powinna przekroczyć 15 tysięcy osób.

Nowe zasady organizacji opieki wymuszają zmianę w procedurze rozpatrywania wniosków. Przy jednoczesnym rozpatrywaniu wniosków o zawarciu lub przedłużeniu na kolejne okresy umów o udzielanie świadczeń w zakresach szczegółowych – złożonych przez różnych świadczeniodawców POZ realizujących umowy w zakresach podstawowych – które dotyczą tej samej populacji, Fundusz zastrzega sobie prawo pozytywnej oceny tego właśnie świadczenia z uwagi na jego kompleksowość.

## **Program profilaktyki chorób układu krążenia**

Adresatami programu są osoby znajdujące się na liście świadczeniobiorców lekarza POZ, będące w danym roku kalendarzowym objętym umową w 35, 40, 45, 50, oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich pięciu lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu, także u innych świadczeniodawców,

Świadczenia w ramach programu udzielane są bez skierowania. Dla osiągnięcia zamierzonych celów optymalny jest system zaproszeń imiennych, prowadzony przy współudziale samorządu lokalnego.

Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i przekazywania elektronicznej sprawozdawczości z realizacji programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione bezpłatnie przez Fundusz.

Finansowanie świadczeń udzielanych w programie profilaktyki chorób układu krążenia odbywa się na podstawie informacji o udzielonej poradzie, stanowiącej jednostkę rozliczeniową programu, na którą składa się, traktowany jako jedno świadczenie, cykl udokumentowanych zdarzeń określonych w zarządzeniu prezesa NFZ.

W rozliczeniach świadczeń udzielanych w ramach programu, obowiązuje stawka 48 zł za poradę.

## **Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)**

Świadczenia udzielane są osobom palącym, według kryterium wiekowego, kwalifikującym się do działań w zakresie profilaktyki odtytoniowej, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Porady antynikotynowe z wykonaniem badania spirometrycznego udzielane są na podstawie pisemnego oświadczenia świadczeniobiorcy, że w ciągu ostatnich trzech lat nie miał wykonanego tego badania w ramach programu profilaktyki POChP (także u innych świadczeniodawców).

Lekarz POZ biorący udział w realizacji programu powinien mieć certyfikat potwierdzający umiejętności leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT), wydany przez jeden z referencyjnych ośrodków leczenia ZUT (Instytut Kardiologii, Instytut Onkologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc) lub towarzystwa naukowe (Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Polskie Towarzystwo Pneumonologiczne).

Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i przekazywania

elektronicznej sprawozdawczości z realizacji świadczeń w oparciu o definicje komunikatów XML udostępnione bezpłatnie przez Fundusz.

Finansowanie świadczeń udzielanych w tym programie odbywa się w oparciu o jednostkę rozliczeniową – poradę i wynosi w odniesieniu do osób palących papierosy, niekwalifikujących się do działań w zakresie profilaktyki POChP – 14 zł; w odniesieniu do osób palących papierosy, zakwalifikowanych się do działań w zakresie profilaktyki z wykonaniem badania spirometrycznego – 25 zł.

## **Świadczenia transportu sanitarnego dalekiego**

Do zadań lekarza POZ należy ocena i kwalifikacja zasadności realizacji świadczenia transportu sanitarnego dalekiego w następujących przypadkach:

- gdy z przyczyn losowych niewynikających z wyboru świadczeniobiorcy korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a jego stan zdrowia w momencie uzyskania wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do miejsca zamieszkania. Transport ten jest realizowany od granicy Polski do miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy;
- gdy z przyczyn losowych niewynikających z wyboru świadczeniobiorcy korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju a wypis ze szpitala następuje przed zakończeniem terapii i wymaga kontynuacji leczenia w kraju oraz gdy nie istnieją medyczne przeciwwskazania do udzielenia świadczenia transportu sanitarnego POZ. Transport taki jest realizowany od granicy Polski do najbliższego, ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie;
- gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi świadczeniobiorca musi korzystać ze świadczeń specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, a najbliższy świadczeniodawca udzielający świadczeń we właściwym zakresie zlokalizowany jest w odległości dalszej niż określona przepisami §56 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy – transport POZ przysługuje z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie

i z powrotem;

- gdy, z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca musi korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń opieki ambulatoryjnej, realizowanych jedynie przez niektórych świadczeniodawców we właściwym zakresie świadczeń i miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości dalszej niż określona przepisami §56 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy - transport POZ przysługuje z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do Świadczeniodawcy wskazanego skierowaniem na transport sanitarny i z powrotem. Przepis stosuje się odpowiednio dla procedur kwalifikacji wstępnej świadczeniobiorców do świadczeń wysokospecjalistów finansowanych z budżetu państwa realizowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego ds. zdrowia (DzU nr 267 poz. 2661, z późn. zm.)

O wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia transportu dalekiego w POZ występuje do dyrektora oddziału Funduszu w uzgodnieniu z lekarzem POZ świadczeniobiorca.

Finansowanie świadczeń udzielanych w zakresie transportu sanitarnego dalekiego odbywa się na podstawie informacji o zrealizowanych przewozach, dla których jednostkami rozliczeniowymi są zryczałtowane stawki za przewóz:

- od 121 km do 400 km – 210 zł;
- powyżej 400 km – 0,84 zł za każdy przejechany km.

Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie faktury wystawionej przez świadczeniodawcę wraz ze specyfikacją przewozów, zawierającą liczbę przebytych kilometrów o odniesieniu do każdego przewozu.

## **Świadczenia pielęgniarki POZ**

### **Katalog świadczeń pielęgniarskich**

W celu usprawnienia i polepszenia opieki nad pacjentem wprowadza się jako podstawę realizacji umowy „Katalog świadczeń pielęgniarskich w POZ”, w którym wyodrębnia się grupy świadczeń opisanych w dziale

pielęgniarska opieka środowiskowa.

W pielęgniarskiej opiece środowiskowej pielęgniarka może równocześnie obejmować opieką maksymalnie 8 podopiecznych. Z przyjętej do rozliczenia miesięcznej liczby punktów jedna pielęgniarka w ciągu miesiąca powinna przeznaczać 80 proc. punktów na realizację pielęgniarskiej opieki środowiskowej nad pacjentem zakwalifikowanym do takiej opieki na podstawie oceny dokonanej zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu, pozostałe 20 proc. na realizację zadań u innych zadeklarowanych do niej świadczeniobiorców.

Wsparciem dla rozwoju pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej, realizowanej według nowych zasad udzielania świadczeń jest jednocześnie wprowadzenie alternatywnej formy finansowania zakresu. Od 1 stycznia 2008 r. w zależności od dokonanej przez świadczeniodawcę wyboru świadczenia pielęgniarki POZ będą finansowane kapitacyjnie lub zadaniowo.

Finansowanie świadczeń pielęgniarki realizowane jest według wskazanej przez świadczeniodawcę we wniosku o zawarcie umowy metody finansowania świadczeń. Roczna stawka kapitacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej świadczeniobiorcy: od 0 do 6 roku życia – 1,30; od 7 roku życia do 65 roku życia – 1,0; powyżej 65 roku życia – 1,95. Należność z tytułu realizacji świadczeń pielęgniarki wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury i stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

Jednostką rozliczeniową świadczeń zawartych w katalogu jest punkt, którego wartość ustalono na 1 zł. Ustalono też liczbę 5500 punktów jako limit punktów możliwy do wypracowania przez jedną pielęgniarkę POZ w ciągu jednego miesiąca. Należność wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury i stanowi iloczyn liczby zrealizowanych w okresie sprawozdawczym punktów i wartości punktu.

## **Świadczenia w ramach programu profilaktyki gruźlicy**

Pielęgniarka POZ obejmuje programem zadeklarowanych świadczeniobiorców, którzy spełniają określone w nim kryteria i zapewnia realizację określonych świadczeń. W przypadku świadczeniobiorców z grupy naj-

wyższego ryzyka zachorowania pielęgniarka przekazuje lekarzowi POZ, do którego jest zadeklarowany pacjent, pisemną informację o wynikach przeprowadzonej ankiety oraz wskazuje pacjentowi tryb dalszego postępowania, w tym informuje o konieczności zgłoszenia się do lekarza POZ w celu dalszej diagnostyki i leczenia. Ankieta programu stanowi integralną część dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez świadczeniodawcę POZ w zakresie: świadczenia pielęgniarki POZ.

Program realizowany jest w pomieszczeniach i przez personel medyczny realizujący świadczenia w zakresie pielęgniarki POZ.

Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i przekazywania elektronicznej sprawozdawczości z realizacji świadczeń w oparciu o definicje komunikatów XML udostępnione bezpłatnie przez Fundusz.

Finansowanie świadczeń udzielanych w tym programie odbywa się na podstawie informacji o udzielonej poradzie, stanowiącej jednostkę rozliczeniową programu. W rozliczeniach obowiązuje stawka za poradę 4 zł.

## AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Zmiany w zasadach kontraktowania i rozliczania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) dotyczą w głównej mierze obszaru kompleksowej opieki nad pacjentem:

- zmieniono zasady rozliczania porad specjalistycznych, odnoszących się do uśrednionej ich wartości. Porady zróżnicowano na:
  - poradę kompleksową oraz
  - poradę specjalistyczną;
- stworzono możliwość wykonania kompleksowej, niezbędnej diagnostyki i oceny stanu zdrowia pacjenta w ramach pierwszorazowej wizyty w danej poradni.
- porada kompleksowa jest znacząco wyżej wyceniona – 9 punktów, niż dotychczasowe porady specjalistyczne. Takie pełnoprofilowe badanie może być rozliczane:
  - w każdej poradni – raz w roku,
  - w przypadku świadczeń w zakresie ginekologii dla kobiet w ciąży – 4 razy w roku,
  - w onkologii i hematologii dziecięcej – 2 razy w roku.

- porada kompleksowa jest zakończona wydaniem zaświadczenia lekarskiego dla lekarza kierującego lub dla lekarza POZ, z informacjami dotyczącymi rozpoznania oraz zaleceń lekarza specjalisty co do dalszej diagnostyki i leczenia pacjenta. Informacja przekazana lekarzowi POZ pozwoli koordynować świadczenia wykonywane na rzecz jego podopiecznego, jak również kontynuować nad nim pełnoprofilową opiekę w okresie pomiędzy terminami porad specjalistycznych;
- odstąpiono od konieczności współfinansowania przez lekarza kierującego kosztownych badań diagnostycznych wykonywanych u pacjentów w trybie ambulatoryjnym. Zakres tych świadczeń określa katalog Ambulatoryjnych Świadczeń Diagnostycznych Kosztochłonnych – ASDK (dawniej ASDW);
- zmniejszono liczbę zakresów, w których kontraktowane będą świadczenia AOS. Wynika to z faktu, że kwalifikacje personelu realizującego te świadczenia, warunki ich realizacji, jak również wykaz leczonych jednostek chorobowych są w dużym zakresie identyczne. Jednocześnie nie oznacza to konieczności likwidacji poradni o bardzo wąskiej specjalizacji, gdyż świadczenia te mogą być realizowane i rozliczane w ramach rozszerzonych zakresów, np. poradnie leczenia nadciśnienia będzie kontraktowana w zakresie kardiologii;
- obniżono wymagania minimalne dotyczące m.in. kwalifikacji lekarzy realizujących świadczenia w poradniach specjalistycznych – uwzględniając osoby, które nie zakończyły jeszcze szkolenia specjalizacyjnego;
- wprowadzono nowy zakres świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych ambulatoryjnie – kompleksową ambulatoryjną opieką nad pacjentem z chorobą przewlekłą (KAOS). Są to świadczenia finansowane w sposób kapitałowy, realizowane zgodnie z określonym przez Fundusz schematem postępowania, zapewniającym pacjentowi możliwość pełnej opieki specjalistycznej związanej z leczeniem danej jednostki chorobowej. Świadczenia te uwzględniają także doraźne kilkugodzinne postępowanie lecznicze związane w przypadku zaostrzenia choroby;
- w roku 2008 kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem z chorobą przewlekłą (KAOS) dotyczy pacjentów:
  - z cukrzycą typu 1 i typu 2 – leczonych insuliną, wymagających intensywnego monitorowania i/lub zmiany insulinoterapii;

- z cukrzycą ciężarnych;
- zakażonych wirusem HIV, leczonych lekami antyretrowirusowymi.

Programy lecznicze KAOS mają poprawić skuteczność leczenia pacjentów, zmniejszyć liczbę hospitalizacji oraz zmniejszyć liczbę przewlekłych powikłań. Świadczenia realizowane w ramach KAOS będą finansowane według rocznej stawki kapitacyjnej, której wysokość będzie ustalona w czasie negocjacji kontraktów;

- przewidziano wprowadzenie sprawozdawczości uwzględniającej grupy badań wykonywanych w ramach realizacji świadczeń w poradniach specjalistycznych, jak również niektórych świadczeń w zakresie tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (NMR) oraz badań i konsultacji wykonywanych w przypadku umowy na KAOS.

## LECZENIE SZPITALNE

Wprowadzony zostanie system rozliczeń świadczeń zdrowotnych oparty na zasadach **brytyjskiego HRG – jednorodnych grup pacjentów (JGP)**.

Od 2008 roku rozliczanie świadczeń udzielanych w szpitalach na podstawie katalogu procedur składającego się z około 1600 pozycji ma zostać zastąpione finansowaniem według jednorodnych grup pacjentów. Ten system oznacza zwrot kosztów za leczenie pacjenta, gdzie wysokość stawki za leczenie przypisana jest nie konkretnym procedurom medycznym, czy też określonym pobytom w szpitalu, lecz jednorodnym – z uwagi na postawione rozpoznanie lub wykonane procedury medyczne – przypadkom chorobowym.

### Zasady tworzenia jednorodnych grup pacjentów

- każda grupa powinna posiadać charakterystykę i znaczenie kliniczne, a lekarze powinni ją kojarzyć ze zbliżonym sposobem leczenia oraz określoną charakterystyką leczonych pacjentów w odniesieniu do czasu pobytu w szpitalu, rodzaju zleczanych procedur diagnostycznych, leków, zabiegów itp.;
- poszczególne grupy powinny obejmować pacjentów, których leczenie ma podobną kosztowność;

- grupy są definiowane na podstawie dostępnych danych, które odnoszą się do stanu zdrowia pacjenta lub zastosowanego u niego leczenia;
- wdrożenie JGP nie spowoduje konieczności prowadzenia nowej dokumentacji medycznej, lecz powinno opierać się na danych zawartych w dotychczasowych raportach statystycznych;
- docelowo JGP powinny być wykorzystane dla celów lepszej alokacji zasobów szpitali, poprawy zarządzania, planowania oraz kontroli realizacji umów;
- w grupie liczba realizowanych świadczeń nie powinna być mniejsza niż 300 rocznie lub wartość realizowanych świadczeń powinna przekraczać 1,5 mln zł.

JGP są podzielone na klinicznie uwarunkowane sekcje (zbiory grup anatomiczno-fizjologicznych), zgodnie z ich związkiem z danym obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny.

| Oznaczenie sekcji | Nazwa sekcji  | Liczba grup |
|-------------------|---|-------------|
| A                 | Choroby układu nerwowego                                  | 34          |
| B                 | Choroby oczu  | 22          |
| C                 | Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu  | 23          |
| D                 | Choroby układu oddechowego                                | 24          |
| E                 | Choroby serca   | 46          |
| F                 | Choroby przewodu pokarmowego                              | 39          |
| G                 | Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziona    | 21          |
| H                 | Choroby układu mięśniowo - szkieletowego                  | 36          |
| J                 | Choroby piersi, skóry i oparzenia                         | 33          |
| K                 | Choroby układu dokrewnego                                 | 15          |
| L                 | Choroby nerek i dróg moczowych                            | 34          |
| M                 | Choroby narządów rodnych                                  | 18          |
| N                 | Położnictwo i opieka nad noworodkami                      | 12          |
| P                 | Choroby dzieci  | 25          |
| Q                 | Choroby naczyń  | 17          |
| S                 | Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne | 17          |
| V                 | Urazy wielonarządowe (wielomiejskowe)                     | 3           |
| U                 | Błędy kodowania   | 5           |

W obrębie sekcji JGP uporządkowane są zgodnie z wartością zużytych zasobów od największych do najmniejszych według układów anatomicznych lub części ciała. Procedury zabiegowe podzielono, tam gdzie było to możliwe, na zabiegi kompleksowe, duże, średnie i małe. W niektórych przypadkach wyodrębniono grupy o szczególnie dużym zużyciu zasobów, np. ze względu na wartość wykorzystywanych do ich realizacji wyrobów medycznych. W grupach zabiegowych uwzględniono również koszty związane z koniecznością intensywnej opieki medycznej. Dotyczy to zwłaszcza grup z zabiegami kompleksowymi w neurochirurgii, torakochirurgii i kardiologii.

## Zasady kwalifikacji przypadku chorobowego

Grupowanie polega na przypisaniu sprawozdawanego rekordu pacjenta do określonej jednorodnej grupy, która jest podstawą rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zakwalifikowanie danej jednorodnej grupy pacjentów umożliwia oprogramowanie komputerowe tzw. gruper. Warunki logiczne opisane kolejnymi literami alfabetu, umożliwiające prawidłowy przebieg oceny leczenia pacjenta – grupowania, określone są jako **kryteria grupowania i walidacji**.

Zasady kwalifikacji przypadku chorobowego pacjenta leczonego w czasie jednej hospitalizacji opierają się o analizę rekordu pacjenta, wskazanego przez świadczeniodawcę do rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Rekord pacjenta, przedstawiony w sprawozdaniu, musi być zgodny z rozporządzeniem ministra zdrowia z 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (DzU nr 114 poz. 780 z późn. zm.).

W przypadku, gdy powinno być uwzględnione rozpoznanie dodatkowe, rozpoznanie wtórne powinno być uwzględnione w rozpoznaniu przez grupera do rozliczenia. Może być ono wpisane jako pierwsze w treści rekordu pacjenta.

Hospitalizacja opisana rekordem pacjenta oznacza opisanie wszystkich świadczeń udzielonych pacjentowi od momentu przyjęcia do szpitala do dnia wypisu, niezależnie od tego w ilu oddziałach szpitalnych pacjent był leczony. W tym znaczeniu hospitalizacja jest zestawem kolejnych świadczeń. Gdy w czasie hospitalizacji wykonano kilka procedur, które kierują rozliczenie leczenia do różnych JGP, to pobyt szpitalny powinien zostać przypisany do JGP wskazującej na najwyższą taryfę za leczenie.

Charakterystyka rekordu zawiera minimalny zestaw danych:

- kod procedury lub procedur istotnych dla wykonania każdego świadczenia (nie mniej niż pięć znaków, w tym kropka),
- kod rozpoznania głównego i kody nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących dla sprawozdania każdego świadczenia ICD-10 (pięć znaków, w tym kropka),
- wiek pacjenta,
- płeć pacjenta,
- kod trybu przyjęcia pacjenta do leczenia,
- kod trybu wypisu pacjenta,
- czas udzielania świadczenia (liczba dni, przy tym pierwszy i ostatni dzień leczenia są liczone jako jeden),
- kod komórki organizacyjnej świadczeniodawcy, gdzie udzielane są świadczenia.

Kwalifikacja poszczególnych przypadków chorobowych do jednorodnej grupy pacjentów rozpoczyna się od stwierdzenia, czy w trakcie leczenia pacjenta wystąpiła procedura zabiegowa określona wskazaniem kodu Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9.

Opisana w oprogramowaniu komputerowym zasada hierarchizacji procedur medycznych służy do określenia procedury najbardziej kosztochłonnej. Jeśli dla danego pacjenta zarejestrowano i sprawozdano tylko jedną procedurę, to właśnie ona służyć będzie do celów grupowania. Jeśli zarejestrowano więcej niż jedną procedurę, wszystkie będą rozpatrywane. Do rozliczeń wybiera się procedurę o najwyższej pozycji w hierarchii jako dominującej procedury dla grupowania. W przypadku współwystępowania procedur o tej samej pozycji w hierarchii, wybierana do rozliczeń jest procedura powiązana z grupą o najwyższej wartości punktowej.

Hierarchia procedur medycznych w wersji JGP 1.0 składa się z ośmiu kategorii – sześciu głównych, od 2 do 7, przy tym kategoria 2 odpowiada najniższemu, a kategoria 7 najwyższemu wykorzystaniu środków. Grupa oparta o procedurę została uszeregowana na podstawie czasu pobytu w szpitalu, wiedzy klinicznej. Pozycję danej grupy w szyku przypisano bezpośrednio procedurom w niej zawartym. Pozostałe dwie kategorie to pozycja 1 dla procedur nieangażujących środków i pozycja 0, której używa się do określania **procedur pozagrupowych**, czyli kodów procedur ICD-9.

Wartość hierarchiczną każdego kodu ICD-9 można znaleźć w **tabeli ko-**

**dów grup.** Grupy są przypisywane z zastosowaniem algorytmu, którego pierwszym krokiem jest sortowanie przypadków na podstawie tego, czy zastosowano znaczącą procedurę, czy nie. Następnym krokiem jest przypisanie procedur do grup na podstawie ogólnej intensywności zaangażowanych środków, co zwykle odzwierciedla czas pobytu w szpitalu. Celem procesu grupowania jest wskazanie grupy o największym zużyciu zasobów przy zarejestrowaniu minimalnego zestawu danych w rekordzie pacjenta. Jeśli nie zarejestrowano żadnej procedury, albo jeśli wartość w hierarchii dominującej procedury wynosi 1 lub 2, procedura została zaklasyfikowana jako **drobna procedura**, a pobyt w szpitalu był dłuższy niż jeden dzień, program grupujący przypisze JGP na podstawie zarejestrowanych kodów rozpoznania zasadniczego ICD-10.

W większości przypadków, gdy grupowanie opiera się o rozpoznanie, do zakwalifikowania świadczenia do określonej grupy wystarcza rozpoznanie zasadnicze.

Po rozpoznaniu kodu procedury lub rozpoznania, który będzie służył do alokacji rekordu pacjenta, otrzymuje się JGP, nazwane **grupami bazowymi**, do których można ten przypadek przypisać ze względu na obecność lub brak pewnych wyjątkowych czynników określanych jako **kryteria grupowania i walidacji**.

**Grupę domyślną** stanowi ta grupa bazowa, do której w przypadku braku kryteriów grupowania zostanie przypisany rekord. W celu modyfikacji bazowej grupy przyjęto dwa przedziały wiekowe: 18 rok życia i 70 rok życia. Są one często stosowane w połączeniu z podziałami ze względu na powikłania i choroby współistniejące (pw).

Rozpoznanie wtórne stosuje się, aby w pewnych sytuacjach przesunąć powikłania i/lub powiązane stany chorobowe z grupy bazowej do wyższej kategorii środków.

**Grupy niezdefiniowane** zawierają rekordy pacjentów zawierające informacje o sytuacjach, w których rekord ten nie może być jednoznacznie przypisany do jakiegś grupy JGP.

## **Hospitalizacja krótkoterminowa oraz chirurgia jednego dnia**

Umowy na świadczenia medyczne udzielane w trybie hospitalizacji, hospitalizacji krótkoterminowej i leczenia jednodniowego będą zawierane odrębnie i tylko wariantowo. Jest to konsekwencja zmian, jakie dokonują się na rynku usług zdrowotnych. Koszty leczenia krótkoterminowego – do 72 godzin, są mniejsze od kosztów szpitala pełnoprofilowego,

przyjmującego wszystkich pacjentów zarówno w trybie nagłym, jak i planowym. Jeszcze inaczej wyglądają koszty w zakładzie opieki zdrowotnej, tzw. chirurgii jednego dnia, wykonującego mniejsze zabiegi, które nie są związane z koniecznością hospitalizacji pacjenta powyżej 24 godzin.



Do oddzielnego rozliczenia pozostawiono tymczasowo szereg świadczeń, których nie można było zdefiniować na podstawie rozpoznania czy procedury („Katalog świadczeń” i „Katalog radioterapii”). W przypadku kompleksowego postępowania w chorobie nowotworowej dopuszcza się odrębne finansowanie na podstawie tej samej umowy świadczeń udzielonych w czasie jednej hospitalizacji, wskazanych w „Katalogu świadczeń” lub w „Katalogu radioterapii”, dla których wskazano taką możliwość, oraz świadczeń udzielonych na podstawie odrębnej umowy, związanych z chemioterapią, o ile stanowi ona kontynuację procesu diagnostycznego lub zabiegowego. Niedopuszczalne jest wykazanie do rozliczenia jednorodnej grupy w czasie chemioterapii, jeżeli wdrożenie leczenia chemioterapeutycznego było jedyną przyczyną przyjęcia pacjenta.

## **Oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT)**

W 2008 roku do odrębnego rozliczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii kwalifikują się wyłącznie świadczenia udzielone dorosłym pacjentom, którzy przynajmniej w jednym dniu pobytu w OAIIT osiągnęli co najmniej 25 pkt w skali TISS – 28 lub dla dzieci – 19 pkt w skali TISS - 28.

Oddziały intensywnej terapii powinny posiadać minimum 4 łóżka z pełnym wyposażeniem i specjalistyczną kadrą oraz obsadę dyżurową niezależną od dyżuru anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej w szpitalu (oraz spełniać pozostałe wymagania rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 27 lutego 1998 r.).

W przypadku konieczności leczenia pacjenta w OAIIT finansowanie przez Fundusz odbywa się od trzeciego dnia jego pobytu, niezależnie od liczby punktów TISS uzyskanych przez pacjenta przez pierwsze dwa dni jego leczenia.

Finansowanie OIT w 2008 roku będzie się odbywało na podstawie punktu transformowanego, który zostaje obliczany poprzez transformacje oceny uzyskanej w skali TISS – 28 lub TISS – 28 dla dzieci, według poniższego wzoru:

$$x^+ = f(x) = \left(\frac{x}{65}\right)^6 \times 30 + x$$

- gdzie:
- $f(x)$  - transformacja,
  - $x^+$  - liczba punktów w nowej skali TISS+,
  - $x$  - liczba punktów w skali TISS-28.

## Szpitalny oddział ratunkowy (SOR)

Świadczenia w SOR obejmują procedury diagnostyczno-terapeutyczne, w szczególności świadczenia polegające na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, z przyczyny zewnętrznej lub wewnętrznej, w tym w szczególności z powodu wypadku, urazu, czy też zatrucia, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Leczenie w SOR musi być zakończone wypisem. Świadczenia medyczne udzielone w szpitalnym oddziale ratunkowym lub szpitalnej izbie przyjęć są finansowane w oparciu o wynegocjowaną stawkę ryczałtu dobowego, którego wysokość jest ustalana na podstawie możliwości kadrowych, infrastruktury technicznej, liczby leczonych pacjentów oraz zakresu procedur udzielanych pacjentowi.

## OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ

Dla ułatwienia orientacji we wszystkich zakresach świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, podjęto decyzję o zmniejszeniu i uporządkowaniu liczby zakresów kontraktowanych świadczeń i zniesieniu poziomów referencyjności podczas procesu kontraktowania na 2008 r. Dostosowano również opis warunków wykonywania świadczeń oraz zweryfikowaliśmy wymagania o kwalifikacje personelu realizującego świadczenia.

Zmniejszenie **liczby zakresów** ułatwi zasady kontraktowania świadczeń i **ułatwi** prawidłowe przygotowanie się do postępowań konkursowych, jak i późniejszej sprawozdawczości do NFZ.

# REHABILITACJA LECZNICZA

W ofercie kontraktowanych przez NFZ na 2008 rok świadczeń pojawiło się kilka ważnych zmian. Przede wszystkim zmieniono katalog zakresów świadczeń. Rehabilitację specjalistyczną niesklasyfikowaną odrębnie zastąpiła rehabilitacja w ośrodku dziennym w zakresach:

- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym,
- rehabilitacja dzieci z zaburzeniami rozwojowymi w ośrodku /oddziale dziennym,
- rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym,
- rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneanoterapii w ośrodku dziennym.

Sposobem rozliczania świadczeń z zakresu rehabilitacji dzieci są punkty za każdy dzień świadczeń w ośrodku/oddziale dziennym.

**Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych będzie realizowana w zakresach: rehabilitacja neurologiczna wczesna, rehabilitacja neurologiczna ciężkich uszkodzeń OUN oraz rehabilitacja neurologiczna wtórna.**

Wprowadzono nowy zakres – fizjoterapia domowa, czyli świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w miejscu zamieszkania pacjenta przez uprawnione poradnie lub gabinety rehabilitacji, np. fizjoterapeuta, technik masażu.

Skierowanie do fizjoterapii domowej wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, specjalista w dziedzinie: rehabilitacji medycznej, balneologii i medycyny fizykalnej, reumatologii, ortopedii i traumatologii.

## OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Wprowadzane w tym zakresie zmiany mają uporządkować zasady udzielania świadczeń i polegają na wyodrębnieniu następujących rodzajów:

- pielęgnacyjno i opiekuńcze,
- opieka paliatywno-hospicyjna.

NFZ wprowadza zmodyfikowaną skalę Barthel zamiast „Oceny stanu samoobsługi pacjenta”. Jej przywrócenie ma poprawić zasady kwalifikacji pacjenta do opieki długoterminowej.

Pacjent, który wymaga całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych

a uzyskał od 0 do 40 pkt w skali Barthel, może zostać przyjęty do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego. W przypadku skierowania na pobyt czasowy, okres przebywania pacjenta wynosi do 6 miesięcy. Gdy skierowanie jest wystawione na czas nieokreślony, ocena stanu samoobsługi chorego ma odbywać się co 30 dni. Jeśli pacjent uzyska więcej niż 40 punktów według zmodyfikowanej skali Barthel, NFZ nie finansuje jego dalszego pobytu.

**Zmodyfikowana została również „Karta czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarstwa opieki długoterminowej”.** Karta szczegółowo przedstawia zapis wykonywanych czynności, jest bardziej czytelna i uszczegóławia podejmowane działania.

Wśród załączników zarządzenia znalazł się też **katalog przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, w które powinien zaopatrzyć pacjentów zakład długoterminowej opieki zdrowotnej.**

Jednym z warunków realizowania świadczeń w rodzaju opieki długoterminowej, z wyłączeniem świadczeń w opiece paliatywno-hospicyjnej, jest dostarczenie przez świadczeniodawcę w terminie 7 dni pisma do lekarza POZ, u którego pacjent złożył deklarację wyboru o objęciu opieką długoterminową.

Do oddziału dla przewlekle chorych pacjenta kieruje lekarz z oddziału szpitalnego, gdzie ten może przebywać średnio do 30 dni. W przypadku potrzeby kontynuacji leczenia, przed upływem 30 dni, lekarz podejmuje działania mające na celu umieszczenie pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, bądź pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Pacjent w ostrej fazie choroby psychicznej, uzależniony oraz w schyłkowym okresie życia choroby nowotworowej nie może być przyjęty do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego.

**W przypadku chorych z rozpoznaną chorobą psychiczną niezbędne jest przedstawienie zaświadczenia wydanego przez lekarza specjalistę psychiatrę o braku przeciwwskazań do pobytu w zakładach o profilu ogólnym. Ten sam tryb przyjęcia stosuje się w przypadku dzieci i młodzieży.**

W odpowiedzi na sygnały środowiska lekarskiego, Fundusz odstąpił od wymogu posiadania przez lekarzy ze specjalizacją z medycyny paliatywnej lub lekarzy innej specjalizacji trzyletniego doświadczenia. Ma to ułatwić dopływ młodych lekarzy do opieki paliatywno-hospicyjnej.

**W opiece długoterminowej jednostką rozliczeniową jest osobodzień i porada. Wysokość rozliczania osobodnia i porady będzie przedmiotem negocjacji między świadczeniodawcą a dyrektorem OW NFZ.**

# LECZENIE STOMATOLOGICZNE

Plan finansowy Funduszu w części przeznaczony na leczenie stomatologiczne zostanie znacznie zwiększony. Dzięki temu podniesione będą ceny większości świadczeń stomatologicznych. Fundusz planuje zwiększenie liczby etatów stomatologicznych, wydzielenie dodatkowej puli środków finansowych na świadczenia protetyczne, ortodontyczne i znieczulenia ogólne.

W kontraktowaniu świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne w 2008 roku zredukowano liczbę zakresów z trzynastu do ośmiu.

Dzięki temu został uproszczony sposób składania ofert i sprawozdań z wykonywanych świadczeń.

Nowe umowy mogą być zawierane na nie mniej niż pół etatu rozliczeniowego (6 tys. punktów stomatologicznych na miesiąc) i nie więcej niż jeden etat przeliczeniowy (12 tys. punktów stomatologicznych na miesiąc), w odniesieniu do jednego lekarza, w określonym przez Fundusz wymiarze czasu (5 razy w tygodniu po 6 godzin dziennie w ramach całego etatu).

Zmieniły się zasady składania ofert. Według nich przyszły świadczeniodawca w ofercie ilościowo – cenowej każdego z zakresów oferent proponuje liczbę punktów, cenę punktu i liczbę przewidzianych w tym zakresie świadczeń.

Pojawia się też dodatkowa pula pieniędzy przeznaczona na finansowanie technicznego wykonania protez i aparatów ortodontycznych. Wynosi ona 23 400 zł. Pieniądze te nie mogą być przeznaczone na finansowanie innych świadczeń stomatologicznych. W ramach tych środków lekarz jest zobowiązany do wykonania co najmniej 156 świadczeń protetycznych (lub ortodontycznych) rocznie.

Przy świadczeniach protetyki stomatologicznej, w zakresie protetyki stomatologicznej dla osób po chirurgicznym leczeniu nowotworów, kwota może zostać podwyższona maksymalnie o 100 proc., a w ortodoncji o 150 proc.

Nowe zasady kontraktowania dotyczą również świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym. Zmiana polega na możliwości wykonywania znieczuleń ogólnych we wszystkich koniecznych wypadkach. Są one finansowane odrębnie.

W 2008 roku Fundusz wprowadza możliwość sprawozdawania i rozliczania przeglądów stanu uzębienia pacjenta w wersji elektronicznej. Sprawozdawanie takie umożliwi monitorowanie udzielonych

## **świadczeń pod względem jakości i powtarzalności.**

W przyszłym roku możliwe będzie rozliczanie przez świadczeniodawcę świadczeń wykonanych z użyciem innego materiału stomatologicznego niż materiały określone w rozporządzeniu ministra zdrowia (gwarantowane). W tym celu świadczeniodawca ma udostępnić cennik świadczeń z użyciem materiałów innych niż gwarantowane. Dopłata jaką ma ponieść pacjent wyniesie różnicę pomiędzy ceną jednostkową świadczenia z użyciem materiałów gwarantowanych a ceną przewidzianą za usługę wykonaną z materiału w innym standardzie.

Zgoda pacjenta na dokonanie dopłaty ma być załączana do dokumentacji medycznej pacjenta. Świadczeniodawca ponosi koszty za wykonane badania, wyroby medyczne i produkty lecznicze wykorzystane do udzielenia świadczenia.

## LECZENIE UZDROWISKOWE

**Aby poprawić dostępność do świadczeń leczenia uzdrowiskowego oraz dostosować się do realiów rynku usług zdrowotnych, Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził szereg zmian w kontraktowaniu leczenia uzdrowiskowego.**

W odróżnieniu od poprzednich lat konkursy na udzielanie tego rodzaju świadczeń będą ogłoszone przez wszystkie oddziały wojewódzkie NFZ, które będą samodzielnie płacić za leczenie swoich ubezpieczonych.

W leczeniu uzdrowiskowym, jak i w pozostałych rodzajach świadczeń, ujednoliciliśmy i doprecyzowaliśmy wykaz dokumentów dzięki temu świadczeniodawca składający oferty na leczenie uzdrowiskowe w kilku OW NFZ w każdym będzie składał ten sam zestaw i wypełniał te same aplikacje informatyczne.

Kontraktowanie obejmuje następujące zakresy:

- uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych,
- uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci,
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych,
- świadczenia uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego dzieci,
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci pod opieką osoby dorosłej,

- uzdrowskowe leczenie ambulatoryjnego dzieci i dorosłych.

Nowe zakresy to:

- uzdrowskowa rehabilitacja dla dorosłych – 28 dni,
- uzdrowskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowskowym – 28 dni.

W nowych zakresach, które będą kontraktowane przez NFZ dziennie będzie wykonywanych więcej zabiegów rehabilitacyjnych, w tym jeden z wykorzystaniem surowców naturalnych.

- Świadczenia rehabilitacji dla dorosłych w szpitalu uzdrowskowym będą udzielane w następujących profilach leczniczych:
  - choroby ortopedyczno-urazowe (ortopedia),
  - choroby układu nerwowego (neurologia),
  - choroby reumatologiczne (reumatologia).
- Świadczenia rehabilitacji dla dorosłych w sanatorium uzdrowskowym będą udzielane w profilach leczniczych:
  - choroby ortopedyczno-urazowe (ortopedia),
  - choroby reumatologiczne (reumatologia),
  - choroby układu krążenia (kardiologia),
  - choroby układu wydzielania wewnętrznego i przemiany materii (endokrynologia),
  - choroby układu oddechowego (pulmonologia).

## RATOWNICTWO MEDYCZNE, POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY

Niewiele zmian, w stosunku do obowiązujących dotąd przepisów, wprowadzono w zasadach kontraktowania pomocy dorażnej i transportu sanitarnego na 2008. Najważniejsze to rozdział świadczeń na pomoc dorażną i transport sanitarny – ratownictwo medyczne oraz pomoc dorażną i transport sanitarny.

## **Ratownictwo medyczne**

Zadaniem Funduszu jest zakontraktowanie świadczeń ratownictwa medycznego, w oparciu o wojewódzkie plany działania systemu tak, by dotarcie do miejsca zdarzenia oraz transport do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub oddziału specjalistycznego odbywało się jak najszybciej.

Zespoły ratownictwa medycznego zapewniające dobową gotowość do udzielania świadczeń nie mogą realizować w tym czasie zleceń od innych podmiotów ani udzielać innych rodzajów świadczeń. W szczególności dotyczy to świadczeń szpitalnych, nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej oraz pomocy doraźnej i transportu sanitarnego.

Zakresy świadczeń dostosowano do zapisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

- świadczenia udzielane przez podstawowy zespół ratownictwa medycznego. W jego skład wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych;
- świadczenia udzielane przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego, w skład którego wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz oraz pielęgniarka lub ratownik medyczny.

**Zakres kompetencji zespołów specjalistycznych w stosunku do podstawowych jest rozszerzony o dodatkowe czynności, które w razie ratowania pacjenta może wykonywać lekarz.**

Zgodnie z zapisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, od 1 stycznia 2007 r. wojewoda jest stroną umów o wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego. Powierza on przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, a także zawieranie, rozliczanie i kontrolowanie wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego. Dyrektor oddziału zawiera umowy, na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w oparciu o środki przewidziane w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujęte w planie finansowym NFZ.

**Środki na finansowanie umów wojewoda przekazuje NFZ w formie dotacji celowej, w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.**

Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z wojewodą, może warunkowo dopuścić do udzielania świadczeń podmioty, które nie spełniają wymagań dla składu zespołów ratownictwa medycznego oraz kwalifikacji osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych (nie dotyczy to wymagań formalno-prawnych).

Zmiana wymagań dla zespołów ratownictwa medycznego może nastąpić na podstawie pisemnego oświadczenia świadczeniodawcy, że korzysta on z zapisu art. 63 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Oświadczenie, o którym mowa w § 7 ust. 5 szczegółowo określa składy zespołów ratownictwa medycznego, które realizować będą świadczenia w zakresach świadczeń określonych w §5 ust. 1

## **Pomoc doraźna i transport sanitarny**

W stosunku do obowiązujących w tym roku zapisów „Szczegółowych materiałów informacyjnych” Fundusz na przyszły rok i lata następne kontraktuje jedynie świadczenia udzielane przez zespół sanitarny typu „N”. Umowy zawierane są na świadczenia medyczne udzielane noworodkom, których stan zdrowia nagle pogorszył się, w tym transport sanitarny chorego noworodka.

Świadczeniodawca zobowiązany jest do zachowania pełnej dyspozycyjności w ciągu całej doby. Ma obowiązek współpracy ze świadczeniodawcami udzielającymi innych świadczeń ratownictwa medycznego oraz wykorzystania zespołów sanitarnych typu „N”.

**Należy zaznaczyć, że świadczenia udzielane przez sanitarny typu „N” będą finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Sposób ich wyceny i finansowania nie zmienił się.**

## **PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE**

Uproszczono zasady kontraktowania i rozliczania realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych. Część tych programów przekazano do realizacji lekarzom i pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej lub odpowiednio wyprofilowanym poradniom specjalistycznym.

Do tej pory świadczeniodawca, który zdecydował się realizować program profilaktyczny musiał przystąpić do konkursu na jego realizację. Od

2008 roku świadczenia wykonywane w ramach programów znajdują się wśród kompetencji podstawowej opieki zdrowotnej jako wydzielone zadania bez konieczności przystępowania do konkursu.

Programy profilaktyczne realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej będą realizowane i rozliczane zgodnie z zasadami przyjętymi w tym rodzaju świadczeń.

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej będą udzielać świadczeń profilaktycznych w zakresie następujących programów:

- program profilaktyki chorób układu krążenia,
- program profilaktyki chorób odtytoniowych – etap podstawowy w połączeniu z etapem podstawowym Programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Pielęgniarki POZ w ramach opieki środowiskowej realizować będą świadczenia z zakresu:

- programu profilaktyki gruźlicy.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w odpowiednich pozycjach będą realizowane świadczenia wykonywane do tej pory w ramach następujących programów:

- profilaktyki raka szyjki macicy (1 etap) – w odpowiednich poradniach ginekologiczno-położniczych,
- przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – poradniach pulmonologicznych,
- wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży – w poradniach ginekologiczno-położniczych,
- wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry – poradnie okulistyczne.

Program wczesnej wielospecjalistycznej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu będzie kontraktowany odrębnie w rodzaju świadczeń – rehabilitacja lecznicza.

Zgodnie z dotychczasowymi zasadami będą kontraktowane następujące programy:

- program profilaktyki raka szyjki macicy – cytologiczne badania przesiewowe dla kobiet w wieku 25-59 lat, wykonywane raz na trzy lata (etap diagnostyczny i etap diagnostyki pogłębionej),
- program profilaktyki raka piersi – mammograficzne badania przesiewowe dla kobiet w wieku 50-69 lat, wykonywane raz na dwa lata (etap podstawowy i etap diagnostyki pogłębionej),
- program badań prenatalnych – poradnictwo genetyczne oraz specja-

listyczne badania mające na celu wczesne wykrycie nieprawidłowości rozwojowych płodu,

- program profilaktyki chorób odtytoniowych (etap specjalistyczny).

## ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI

Wprowadzone przez Fundusz zmiany mają charakter porządkujący. Zabiegi endowaskularne przeniesione zostały do katalogu szpitalnego, a porada kwalifikacyjna leczenie hormonem wzrostu weszła w skład programów terapeutycznych.

Fundusz zmienił również pewne wymogi wobec świadczeniodawców. I tak na przykład:

- przy udzielaniu świadczeń w zakresie żywienia pozajelitowego i dojelitowego w warunkach domowych, zgodnie z obowiązującymi standardami, wymagane jest prowadzenie dodatkowej dokumentacji medycznej, która zostanie dołączona do dokumentacji pacjenta,
- świadczeniodawcy wykonujący hemodializy i dializy otrzewnowe będą mieli obowiązek sprawozdania w formacie elektronicznym podań środków stymulujących erytropoezę,

Zmienione zostały zasady rozliczania świadczeń. W miejsce punktów rozliczeniowych, które określały wycenę punktową świadczenia wprowadzono nowe jednostki rozliczeniowe – osobodzień/ świadczenie. Wartość świadczenia będzie negocjowana ze świadczeniodawcami.

Wprowadzono również nowe zasady rozliczania świadczeń, których wycena punktowa w roku 2007 obejmowała koszt terapii miesięcznej (np. tlenoterapia w warunkach domowych, dializa otrzewnowa) – w roku 2008 świadczenia te będą rozliczane za osobodzień/ świadczenie.

# ZAOPATRZENIE W WYROBY ORTOPE- DYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Kontraktowanie w tym rodzaju świadczeń obejmuje cztery zakresy:

- 1) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne;
- 2) zaopatrzenie w środki pomocnicze z wyłączeniem środków z zakresu protetyki słuchu i optyki okularowej;
- 3) zaopatrzenie w zakresie protetyki słuchu;
- 4) zaopatrzenie w zakresie optyki okularowej.

**Zasady kontraktowania i finansowania świadczeń na rok 2008 nie zmieniły się w zasadniczy sposób. Jednakże w odpowiedzi na uwagi świadczeniodawców Fundusz ujedynolicił rozwiązania dotyczące sposobu kontraktowania tych świadczeń w całym kraju**

Zgodnie z nowymi zasadami świadczeniodawcy będą mieli możliwość wskazania różnego asortymentu dla poszczególnych miejsc realizacji świadczeń. Dlatego w załączniku do umowy dla grup miejsc oferujących dany asortyment dołączony zostanie jeden arkusz obejmujący wykaz wszystkich pozycji handlowych. Dzięki temu jest możliwość zróżnicowania asortymentu w miejscu realizacji. Zoptymalizowane i zminimalizowane zostaną też formularze zamówień. Takie rozwiązanie pozwoli na dogodne zaopatrywanie punktów realizacji, według potrzeb świadczeniobiorców wynikających np. z wielkości aglomeracji i potrzeb zdrowotnych.

**Fundusz ujedynolicił zakres wymagań wobec oferentów i dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy.**

Nowością jest również stworzenie przez Fundusz jednego słownika przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Każdy z OW NFZ będzie dysponował takim samym słownikiem do kontraktowania, co pozwoli na kopiowanie danych z jednej oferty. W przypadku dużego zakresu danych wprowadzanych przez portal świadczeniodawcy, dane do oferty będą eksportowane bezpośrednio do aplikacji ofertowej. Nowy słownik usprawni również system informowania świadczeniobiorców o dostępności do potrzebnego sprzętu w skali kraju, ujedynolici też sposób rozliczania i przyjmowania raportów statystycznych we wszystkich OW NFZ.

# DANE ADRESOWE ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKICH NFZ

## **Dolnośląski OW NFZ**

sekretariat z-cy dyrektora ds. medycznych  
50 - 525 Wrocław, ul. Joannitów 6  
[www.nfz-wroclaw.pl](http://www.nfz-wroclaw.pl)  
tel. (71) 797 93 90

## **Kujawsko-Pomorski OW NFZ**

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
85 - 071 Bydgoszcz, ul. Mickiewicza 15  
[www.nfz-bydgoszcz.pl](http://www.nfz-bydgoszcz.pl)  
tel. (52) 325 27 77

## **Lubelski OW NFZ**

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
20-124 Lublin, ul. Szkolna 16  
[www.nfz-lublin.pl](http://www.nfz-lublin.pl)  
tel. (81) 531 05 16 lub 531 06 13

## **Lubuski OW NFZ**

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
65-057 Zielona Góra, ul. Podgórna 9 B  
[www.nfz-zielonagora.pl](http://www.nfz-zielonagora.pl)  
tel. (68) 32-87-602 lub 32-87-607

## **Łódzki OW NFZ**

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
90-032 Łódź, ul. Kopcińskiego 58  
[www.nfz-lodz.pl](http://www.nfz-lodz.pl)  
tel. (42) 275 41 10

## **Małopolski OW NFZ**

sekretariat z-cy dyrektora ds. medycznych  
31-053 Kraków, ul. Ciemna 6  
[www.nfz-krakow.pl](http://www.nfz-krakow.pl)  
tel. (12) 298 81 08

### **Mazowiecki OW NFZ**

sekretariat z-cy dyrektora ds. medycznych  
00-613 Warszawa, ul. Chałubińskiego 8  
[www.nfz-warszawa.pl](http://www.nfz-warszawa.pl)  
tel. (22) 582 80 30

### **Opolski OW NFZ**

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
45-315 Opole, ul. Głogowska 37  
[www.nfz-opole.pl](http://www.nfz-opole.pl)  
tel. (77) 40 20 173 lub 40 20 154

### **Podkarpacki OW NFZ**

sekretariat z-cy dyrektora ds. medycznych  
35-032 Rzeszów, ul. Zamkowa 8  
[www.nfz-rzeszow.pl](http://www.nfz-rzeszow.pl)  
tel. (17) 860 42 04

### **Podlaski OW NFZ**

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
15-042 Białystok, ul. Pałacowa 3  
[www.nfz-bialystok.pl](http://www.nfz-bialystok.pl)  
tel. (85) 745 95 40 lub 745 95 11

### **Pomorski OW NFZ**

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
80-865 Gdańska, ul. Marynarki Polskiej 148  
[www.nfz-gdansk.pl](http://www.nfz-gdansk.pl)  
tel. (58) 75 12 537 lub 75 12 556

### **Śląski OW NFZ**

sekretariat z-cy dyrektora ds. medycznych  
40-844 Katowice, ul. Kossutha 13  
[www.nfz-katowice.pl](http://www.nfz-katowice.pl)  
tel. (32) 735 18 70

### **Świętokrzyski OW NFZ**

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
25 - 025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9  
[www.nfz-kielce.pl](http://www.nfz-kielce.pl)  
tel. (41) 36 46 245 lub 36 46 118

### **Warmińsko-Mazurski OW NFZ**

sekretariat z-cy dyrektora ds. medycznych  
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 16  
[www.nfz-olsztyn.pl](http://www.nfz-olsztyn.pl)  
tel. (89) 533 91 75

### **Wielkopolski OW NFZ**

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
60-309 Poznań, ul. Grunwaldzka 158  
[www.nfz-poznan.pl](http://www.nfz-poznan.pl)  
tel. (61) 850 60 00 lub 850 61 52

### **Zachodniopomorski OW NFZ**

sekretariat z-cy dyrektora ds. medycznych  
71-470 Szczecin, ul. Arkońska 45  
[www.nfz-szczecin.pl](http://www.nfz-szczecin.pl)  
tel. (91) 425 10 05