



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA

W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ORAZ

O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

w rodzaju: leczenie szpitalne

Rozdział 1

Przedmiot postępowania i umowy

§ 1

1. Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne jest zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w oddziałach szpitalnych, izbach przyjęć i innych jednostkach organizacyjnych świadczeniodawcy.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne zwane są dalej „świadczeniami”.
3. Zakresy świadczeń i świadczenia są określone w:
 - 1) Katalogu świadczeń szpitalnych, stanowiącym **załącznik nr 1a**,
 - 2) Katalogu świadczeń onkologicznych – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, stanowiącym **załącznik nr 1b**,
 - 3) Katalogu świadczeń onkologicznych – chemioterapia, stanowiącym **załącznik nr 1c**,
 - 4) Katalogu programów terapeutycznych (lekowych), stanowiącym **załącznik nr 1d**– do Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.
4. Umowy o udzielanie świadczeń z Katalogu świadczeń onkologicznych – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, Katalogu świadczeń onkologicznych – chemioterapia oraz z Katalogu programów terapeutycznych (lekowych) zawierane są odrębnie.
5. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o których mowa w § 1 w:
 - 1) ust. 3 pkt 1 stanowi załącznik nr 2a,
 - 2) ust. 3 pkt 2 stanowi załącznik nr 2b,
 - 3) ust. 3 pkt 3 stanowi załącznik nr 2c,
 - 4) ust. 3 pkt 4 stanowi załącznik nr 2d,– do materiałów informacyjnych.
6. Umowa może zawierać inne postanowienia niż określone we wzorze umowy pod warunkiem, że nie pozostają one w sprzeczności z postanowieniami określonymi we wzorze umowy.

§ 2

1. Szczegółowy przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń oraz przedmiot umowy określa się z uwzględnieniem nazwy i kodu określonego we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia

5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002 oraz art. 141, ust.4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz.2135, z późn. zm.):

- 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne,
- 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

2. Pojęcia zdefiniowane w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zachowują nadane im znaczenie.

Rozdział 2

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 3

1. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń odbywa się w drodze konkursu ofert albo rokowań.
2. Podmiot biorący udział w postępowaniu, o którym mowa w ust. 1, powinien spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych i w materiałach informacyjnych, a w szczególności w:
 - 1) wymaganiach wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 1 i 2 stanowiących **załącznik nr 3a** do materiałów informacyjnych,
 - 2) wymaganiach wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 3, stanowiących **załącznik nr 3b** do materiałów informacyjnych,
 - 3) wymaganiach wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 4, stanowiących **załącznik nr 3c** do materiałów informacyjnych.
3. Wymagania wobec pracowni/ zakładów diagnostycznych oraz typy pracowni/ zakładów diagnostycznych określa **załącznik nr 4** do materiałów informacyjnych.
4. W przypadku braku możliwości zakontraktowania świadczeń w danym zakresie, w rodzaju leczenie szpitalne, które w sposób wystarczający zaspokoją potrzeby zdrowotne, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, w kolejnym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, może warunkowo dopuścić do udzielania świadczeń jednostki nie spełniające wymagań określonych w ust. 2 (nie dotyczy wymagań formalno-prawnych), z jednoczesnym odpowiednim obniżeniem ceny punktu, o którym mowa w § 15, z wyłączeniem świadczeń z zakresów, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 3 i 4.

§ 4

Czas pracy osób udzielających świadczeń wskazany w ofercie winien być ustalony w taki sposób, aby osoby te nie były wykazane przy udzielaniu świadczeń w innym podmiocie albo

w innej jednostce organizacyjnej tego samego zakładu opieki zdrowotnej w tym samym czasie pracy. Wzór oświadczenia o ustalaniu czasu pracy osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy, zawiera **załącznik nr 5** do materiałów informacyjnych.

§ 5

1. Podmiot biorący udział w postępowaniu powinien posiadać w strukturze organizacyjnej szpitala oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAiT).
2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może zawrzeć umowę ze świadczeniodawcą, który nie posiada w strukturze organizacyjnej szpitala OAiT pod warunkiem posiadania przez tego świadczeniodawcę przynajmniej jednego stanowiska monitorowania czynności życiowych i reanimacji oraz zawarcia umowy z innym świadczeniodawcą, który udziela świadczeń w zakresie OAiT.

§ 6

1. Udzielanie świadczeń zabiegowych wymaga posiadania bloku operacyjnego, obejmującego co najmniej dwie sale – aseptyczną i septyczną, oraz posiadania sali pooperacyjnej.
2. Wymaganie zawarte w ust. 1, nie dotyczy świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie w trybie jednodniowym. Udzielanie świadczeń wyłącznie w trybie jednodniowym wymaga spełnienia warunków określonych w **załączniku nr 6** do materiałów informacyjnych.

§ 7

1. Szpitalne oddziały ratunkowe powinny spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2002 r., nr 74, poz. 687) oraz być w strukturze zakładu opieki zdrowotnej posiadającego wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej.
2. Do dnia podpisania umowy świadczeniodawca jest zobowiązany dostarczyć do OW NFZ decyzję wojewody o włączeniu SOR do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz niezwłocznie po otrzymaniu - wypis z rejestru jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
3. Świadczenia szpitalnej izby przyjęć stanowią odrębny zakres świadczeń w przypadku zapewnienia niezależnego 24-godzinnego dyżuru lekarskiego oraz całodobowego dostępu do diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej.
4. Zakresy świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i szpitalnej izbie przyjęć są kontraktowane alternatywnie.

Rozdział 3 **Zasady udzielania świadczeń**

§ 8

Świadczenia, o których mowa w § 1 obejmują:

- 1) **hospitalizację** - całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym, obejmujące proces diagnostyczno - terapeutyczny trwający od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu; hospitalizacja obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię zlecone przez lekarza oraz profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia, jak również wszelkie świadczenia związane z pobytem, w tym usługę transportu sanitarnego;
- 2) **świadczenie w trybie jednodniowym** - całodzienne udzielanie świadczeń w trybie planowym, obejmujące proces diagnostyczny lub terapeutyczny; wykonywane na rzecz pacjenta z intencją wypisania go w tym samym dniu;
- 3) **świadczenie w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR)** - całodobowa gotowość do udzielania świadczeń oraz świadczenia udzielane w trybie zagrożenia życia i zdrowia, obejmujące procedury diagnostyczno – terapeutyczne, a 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 wewnętrznej lub zewnętrznej, w tym w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia u dorosłych i dzieci. Świadczenia SOR obejmują, w razie potrzeby, zabezpieczenie medyczne pacjentów oraz zapewnienie transportu w razie konieczności leczenia specjalistycznego. Pobyt w SOR musi być zakończony wypisem;
- 4) **świadczenie w szpitalnej izbie przyjęć** – całodobowa gotowość do udzielania świadczeń w trybie nagłym oraz porady udzielone pacjentowi w izbie przyjęć obejmujące świadczenia diagnostyczno - terapeutyczne, niekończące się decyzją o hospitalizacji. Świadczenia udzielane w szpitalnej izbie przyjęć obejmować mogą również procedury medyczne realizowane w szpitalnym oddziale ratunkowym. Świadczenia udzielane w szpitalnej izbie przyjęć obejmują, w razie potrzeby, zabezpieczenie medyczne pacjentów oraz zapewnienie transportu w razie konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego;
- 5) **świadczenie w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii** - postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu;

- 6) **świadczenie w zakresie chemioterapii** - terapia substancją czynną stosowaną zgodnie z Katalogiem świadczeń onkologicznych – chemioterapia;
- 7) **świadczenie w zakresie programów terapeutycznych (lekowych)** – terapia substancją czynną stosowaną zgodnie z Katalogiem programów terapeutycznych (lekowych) oraz opisami programów stanowiącymi załącznik do tego Katalogu.

§ 9

1. W ramach dokumentacji OAiIT wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta, której wzór stanowi **załącznik nr 7a** do materiałów informacyjnych, w skali TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci, określonej w **załączniku nr 7b** do materiałów informacyjnych. Wypełnione karty, dla każdej doby pobytu świadczeniobiorcy w OAiIT, należy archiwizować w historii choroby.
2. Ocena stanu zdrowia pacjenta, dla potrzeb określenia punktacji w skali TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci, powinna być przeprowadzana codziennie rano o godzinie 10-tej.
3. W OAiIT rozliczane są wyłącznie świadczenia opieki zdrowotnej przypisane w Katalogu świadczeń szpitalnych dla zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.
4. Dzieci wymagające oddechu wspomaganego i/ lub zastępczego leczone w OAiIT, uzyskujące poniżej 19 punktów w skali TISS - 28 dla dzieci, mogą być rozliczane poprzez świadczenie: *5.06.00.0001435 - leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS - 28 i TISS - 28 dla dzieci - od 19 do 24 pkt w skali TISS.*
5. W przypadku przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w warunkach sali operacyjnej lub zabiegowej w czasie leczenia w OAiIT, dopuszcza się dodatkowe rozliczenie zabiegu w zakresie odpowiadającym oddziałowi operującemu, w wysokości 60% wartości punktowej świadczenia zabiegowego, niezależnie od rozliczenia osobodni pobytu w OAiIT na podstawie oceny stanu zdrowia w skali TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci.

§ 10

1. Katalog świadczeń szpitalnych zawiera oznaczenie warunków udzielania świadczeń.
2. Katalog programów terapeutycznych (lekowych) zawiera w szczególności opisy poszczególnych programów, stanowiące załącznik do tego Katalogu.

§ 11

1. W ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń, o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 4, świadczeniodawca ma obowiązek:
 - 1) monitorowania stanu pacjenta uczestniczącego w programie, zgodnie z opisami programów, o których mowa w §10 ust. 2,

- 2) prowadzenia, dokumentacji dodatkowej w trybie i formie określonych w opisach programów, o których mowa w §10 ust. 2, ze szczególnym uwzględnieniem rejestru powikłań i działań niepożądanych występujących w trakcie realizacji programu,
 - 3) przekazywania do oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o udzielanie tych świadczeń oryginału części A Karty rejestracji pacjenta do udziału w programie terapeutycznym (lekowym), zwanej dalej Kartą, stanowiącej **załącznik nr 8** do materiałów informacyjnych, w terminie 30 dni od dnia włączenia pacjenta do programu,
 - 4) przechowywania oryginałów części B Karty w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Świadczeniodawca wyklucza pacjenta z programu, w przypadku braku efektu leczenia bądź wystąpienia przeciwwskazań wymienionych w opisach programów, o których mowa w § 10 ust. 2.
 3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 4, zobowiązany jest do stosowania wyłącznie substancji czynnych ujętych w wykazie substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych (lekowych), stanowiącym **załącznik nr 9** do materiałów informacyjnych, zgodnie z opisami programów terapeutycznych (lekowych), o których mowa w §10 ust. 2 oraz wskazaniami rejestracyjnymi, z zastrzeżeniem § 17 pkt 13.

§ 12

1. W zakresie świadczeń z Katalogu świadczeń onkologicznych – chemioterapia stosuje się substancje czynne ujęte w wykazie substancji czynnych stosowanych w terapii nowotworów, stanowiącym **załącznik nr 10** do materiałów informacyjnych, z zastrzeżeniem § 21 ust. 2 pkt 1.
2. Katalog świadczeń onkologicznych - chemioterapia, zawiera standardy łączenia substancji czynnych, kwalifikowanych jako chemioterapia standardowa, zgodnie z zaleceniami postępowania terapeutycznego w nowotworach.
3. Świadczeniodawca jest odpowiedzialny za stosowanie każdej z substancji czynnych ujętych w wykazie, o którym mowa w ust. 1, zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi, z zastrzeżeniem § 17 pkt 13, oraz standardami łączenia substancji czynnych.

§ 13

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie toksykologii powinni stosować skalę ciężkości zatruc (PSS - poisoning severity score) – stanowiącą **załącznik nr 11** do materiałów informacyjnych.

§ 14

1. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń:
 - 1) endoprotezoplastyki narządu ruchu,

- 2) związanych z opieką nad pacjentami po przeszczepie narządu unaczynionego lub szpiku,
- 3) związanych z leczeniem udarów,
 - zobowiązany jest do przekazywania wraz z rachunkiem sprawozdania, sporządzonego zgodnie ze wzorem określonym w aplikacji internetowej udostępnionej przez oddział wojewódzki Funduszu.
2. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w szpitalnej izbie przyjęć, zobowiązany jest do przekazywania wraz z rachunkiem, sprawozdania w wersji elektronicznej, zgodnie z wykazem określonym w **załączniku nr 12** do materiałów informacyjnych.
3. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń związanych z leczeniem żywieniowym (żywienie dojelitowe, żywienie pozajelitowe), zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie z wzorami określonymi w **załącznikach nr 17a, 17b, 17c, 17d** do materiałów informacyjnych.

Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym należy archiwizować w historii choroby.

Rozdział 4

Zasady finansowania świadczeń

§ 15

1. Sposobem rozliczania świadczeń, o których mowa w § 1 jest cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej albo ryczałt dobowy, z zastrzeżeniem § 18 ust. 3.
2. Jednostką rozliczeniową jest punkt.
3. Rozliczenie ryczałtem obejmuje świadczenia udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym i szpitalnej izbie przyjęć.

§ 16

Kwota zobowiązania stanowi sumę iloczynów liczby punktów z poszczególnych zakresów i ceny punktu oraz iloczynu liczby dni i stawki ryczałtu dobowego.

§ 17

Świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

- 1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu do rozliczenia należy wykazywać tylko jedno świadczenie;
- 2) świadczenia, o których mowa w pkt 1, wykazywane do rozliczenia, nie podlegają łączeniu, z zastrzeżeniem pkt 3-11;
- 3) sumowanie świadczeń określonych w Katalogu świadczeń szpitalnych dopuszczalne jest w przypadkach wskazanych w tym Katalogu;

- 4) szczegółowe warunki sumowania świadczeń, o których mowa w pkt 3, określa **załącznik nr 13** do materiałów informacyjnych;
- 5) dopuszczalne jest łączenie świadczeń określonych w Katalogach o których mowa w § 1 ust. 3, z zastrzeżeniem pkt 3;
- 6) dopuszczalne jest łączenie świadczeń określonych w Katalogach, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 1 i 2, ze świadczeniami w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane;
- 7) w przypadkach, o których mowa w pkt 5 i 6, świadczenia podlegające łączeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów;
- 8) niedopuszczalne jest łączenie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne ze świadczeniami w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, z wyłączeniem zakresów świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 3 i 4 oraz procedury monitorowania po przeszczepie;
- 9) w przypadku świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem (operacyjnym i nieoperacyjnym) urazowych uszkodzeń wielomiejscowych (wielonarządowych), do rozliczenia można je łączyć zgodnie z następującą zasadą: jedno z udzielonych świadczeń – 100% wartości punktowej, kolejne w następujących proporcjach - 60% wartości, 30% wartości, 10% wartości;
- 10) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień z wyjątkiem świadczeń udzielanych w trybie jednodniowym;
- 11) w przypadku świadczeń, do których kwalifikuje się na podstawie oceny w skali TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci, świadczeniodawca do rozliczenia wykazać może świadczenie o wyższej wartości punktowej spośród dni, o których mowa w punkcie 10;
- 12) przedłożenia dokumentów wymaganych przepisami prawa, w przypadku udzielania świadczeń w zakresach, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 1 i 3, w ramach procedur farmakoterapia niestandardowa i chemioterapia niestandardowa, związanych z koniecznością zastosowania leku poza jego wskazaniami rejestracyjnymi.

§ 18

1. Świadczenia z zakresu programów terapeutycznych (lekowych) rozliczane są w oparciu o wykaz, o którym mowa w § 11 ust. 3, określający wartość punktową dla odpowiedniej jednostki miary danej postaci substancji czynnej
2. Świadczenia z zakresu chemioterapii rozliczane są w oparciu o wykaz, o którym mowa w § 12 ust. 1, określający wartość punktową dla odpowiedniej jednostki miary danej postaci substancji czynnej
3. W zakresach, o których mowa w ust. 1 i 2, rozliczeniu podlegają podane/ wydane pacjentowi leki, w ilościach stanowiących wielokrotność bądź ułamek poszczególnych pozycji

określonych w odpowiednich wykazach, o którym mowa w § 11 ust. 3 i § 12 ust. 1, z zastrzeżeniem ust 6 - 9.

4. Świadczeniodawca ma prawo rozliczyć tylko ilość leku podaną pacjentowi, niewykorzystane części postaci leków nie podlegają rozliczeniu, z zastrzeżeniem ust. 6 - 9.
5. Podstawą rozliczeń jest wycena jednostki miary danej postaci substancji czynnej, zawarta w odpowiednich wykazach, o których mowa w § 11 ust. 3 i § 12 ust. 1.
6. Świadczeniodawca realizujący świadczenia z zakresu chemioterapii może dodatkowo w danym okresie sprawozdawczym rozliczyć do 5% wartości podanych leków (jako kosztu niewykorzystanych części leków).
7. Świadczeniodawca realizujący świadczenia z zakresu chemioterapii – hemato-onkologii dziecięcej może dodatkowo w danym okresie sprawozdawczym rozliczyć do 15% wartości podanych leków (jako kosztu niewykorzystanych części leków).
8. Świadczeniodawca realizujący świadczenia z zakresu programów terapeutycznych (lekowych):
 - 1) leczenie raka piersi docetakselem,
 - 2) leczenie raka piersi trastuzumabem,
 - 3) leczenie raka jelita grubego irinotekanem,
 - 4) leczenie raka jajnika topotecanem,
 - 5) leczenie chłoniaków złośliwych rituximabem,
 - 6) leczenie raka jajnika paklitakselem,
 - 7) zastosowanie abciximabu u chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem ST poddanych angioplastyce wieńcowej,
 - 8) leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów infliximabem- może dodatkowo w danym okresie sprawozdawczym rozliczyć do 5% wartości podanych leków (jako kosztu niewykorzystanych części leków).
9. Świadczeniodawca realizujący świadczenia z zakresu programu terapeutycznego (lekowego). Leczenie sepsy aktywnym białkiem C, rozlicza w danym okresie sprawozdawczym całość leku niezbędną do prowadzenia terapii wraz z niewykorzystaną jego częścią, pozostałą w opakowaniu.
10. Rozliczenia, o których mowa w ust. 6-9 dokonywane są wyłącznie w ramach kwoty podpisanego kontraktu.

§ 19

Rozliczenia, o których mowa w § 18 odbywają się w oparciu o informację o podaniu/ wydaniu każdego leku, sprawozdaną w formie komunikatu elektronicznego, którego zakres informacyjny określono w **załączniku nr 5** odpowiednio do umowy:

- 1) o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – programy terapeutyczne (lekowe),
- 2) o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – chemioterapia.

§ 20

1. Koszt świadczenia obejmuje koszt zastosowanych wyrobów medycznych, z wyjątkiem przypadków odrębnie określonych w Katalogu świadczeń szpitalnych.
2. Koszt świadczenia obejmuje koszt świadczeń anestezyjologicznych (świadczenia te są wykazywane do celów sprawozdawczych) z wyjątkiem świadczeń wskazanych w Katalogu świadczeń szpitalnych.

§ 21

1. Wytyczne udzielania świadczeń „Świadczenie za zgodą płatnika”, oraz wnioski o wyrażenie „zgody płatnika” stanowią odpowiednio **załączniki nr 14a i 14b** do materiałów informacyjnych.
2. Wytyczne udzielania świadczeń:
 - 1) „chemioterapia niestandardowa” stanowią odpowiednio **załączniki nr 15a** do materiałów informacyjnych;
 - 2) „farmakoterapia niestandardowa” stanowią odpowiednio **załączniki nr 15b** do materiałów informacyjnych;
3. Wniosek o „chemioterapię/ farmakoterapię niestandardową” stanowi **załącznik nr 16** do materiałów informacyjnych.

§ 22

1. Jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu tej samej jednostki chorobowej nie przekracza 14 dni, świadczenia te wykazywane są jako jedno świadczenie.
2. Powyższe nie dotyczy świadczeń związanych z zastosowaniem chemioterapii, teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej i substancji czynnej, ujętej w Katalogu substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych (lekowych), a także związanego z tym leczenia objawowego.
3. W uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczanie określonych świadczeń, związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni.

§ 23

1. Na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wyrazić zgodę na wprowadzenie zmian w indywidualnym pakiecie świadczeniodawcy w systemie informatycznym, dotyczących uprawnień do rozliczania świadczeń w określonym zakresie lub sumowania świadczeń.

2. Nie dopuszcza się wprowadzania zmian w indywidualnym pakiecie świadczeniodawcy, polegających na możliwości rozliczania w OAiIT świadczeń innych niż określone w Katalogu świadczeń szpitalnych dla zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.
3. Nie dopuszcza się zmian w indywidualnym pakiecie świadczeniodawcy, polegających na możliwości rozliczania świadczeń, dla których określono warunki udzielania wyłącznie w ramach hospitalizacji do wykonywania w trybie jednodniowym.

Załączniki:

- załącznik nr 1a - Katalog świadczeń szpitalnych;
- załącznik nr 1b - Katalog świadczeń onkologicznych – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa;
- załącznik nr 1c - Katalog świadczeń onkologicznych – chemioterapia;
- załącznik nr 1d - Katalog programów terapeutycznych (lekowych);
- załącznik nr 2a - Wzór umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne;
- załącznik nr 2b - Wzór umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – teleradioterapia, brachyterapia i terapia izotopowa;
- załącznik nr 2c - Wzór umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – chemioterapia;
- załącznik nr 2d - Wzór umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – programy terapeutyczne (lekowe);
- załącznik nr 3a - Wymagania wobec świadczeniodawców;
- załącznik nr 3b - Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu chemioterapii;
- załącznik nr 3c - Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów terapeutycznych (lekowych);
- załącznik nr 4 - Wymagania wobec pracowni/ zakładów diagnostycznych;
- załącznik nr 5 - Wzór oświadczenia o ustaleniu czasu pracy osób udzielających świadczeń;
- załącznik nr 6 - Warunki udzielania świadczeń w trybie jednodniowym;
- załącznik nr 7a - Wzór karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS – 28;
- załącznik nr 7b - Skala TISS-28;
- załącznik nr 8 - Karta rejestracji pacjenta do udziału w programie terapeutycznym (lekowym);
- załącznik nr 9 - Wykaz substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych (lekowych);
- załącznik nr 10 - Wykaz substancji czynnych stosowanych w terapii nowotworów;
- załącznik nr 11 - Skala ciężkości zatruc;
- załącznik nr 12 - Wykaz czynności udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i szpitalnej izbie przyjęć;
- załącznik nr 13 - Szczegółowe warunki sumowania świadczeń;
- załącznik nr 14a - Wytyczne stosowania świadczenia „Świadczenie za zgodą płatnika”;
- załącznik nr 14b - Wniosek o wyrażenie „zgody płatnika”;
- załącznik nr 15a - Wytyczne stosowania świadczenia „chemioterapia niestandardowa”;
- załącznik nr 15b - Wytyczne stosowania świadczenia „farmakoterapia niestandardowa”;
- załącznik nr 16 - Wniosek na „chemioterapię/ farmakoterapię niestandardową”;

- załącznik nr 17a - Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA);
- załącznik nr 17b - Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia (nutritional risk score, nrs);
- załącznik nr 17c - Karta kwalifikacji do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego;
- załącznik nr 17d - Karta żywienia pozajelitowego/karta metaboliczna.