



Sieć szpitali

31 marca 2017 r.

Sieć szpitali

Ustawa z dnia 23 marca 2017 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Senat w dniu 30 marca 2017 r. przyjął ustawę z dnia 23 marca 2017 r. bez poprawek

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Celem systemu jest zapewnienie świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

Poziomy szpitali

- 1) szpitale I stopnia;
- 2) szpitale II stopnia;
- 3) szpitale III stopnia;
- 4) szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne;
- 5) szpitale pediatryczne;
- 6) szpitale ogólnopolskie.

Profile – poziom szpitali I stopnia

- chirurgia ogólna,
- choroby wewnętrzne,
- położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych),
- neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych),
- pediatria;

Profile – poziom szpitali II stopnia

- chirurgia dziecięca,
- chirurgia plastyczna, w przypadku o którym mowa w art. 95 m ust. 7 i 8 ustawy o świadczeniach
- kardiologia,
- neurologia,
- okulistyka,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
- otorynolaryngologia,
- reumatologia, w przypadku o którym mowa w art. 95 m ust. 7 i 8 ustawy o świadczeniach
- urologia;

Profile – poziom szpitali III stopnia

- chirurgia klatki piersiowej,
- chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
- chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych),
- choroby płuc,
- choroby płuc dla dzieci,
- choroby zakaźne,
- choroby zakaźne dla dzieci,
- kardiologia,
- kardiologia dla dzieci,
- nefrologia,
- nefrologia dla dzieci,

Profile – poziom szpitali III stopnia

- neurochirurgia,
- neurochirurgia dla dzieci,
- neurologia dla dzieci,
- okulistyka dla dzieci,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci,
- otorynolaryngologia dla dzieci,
- toksykologia kliniczna,
- toksykologia kliniczna dla dzieci,
- transplantologia kliniczna,
- transplantologia kliniczna dla dzieci,
- urologia dla dzieci;

Profile – poziom szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych

Dla szpitali onkologicznych:

- brachyterapia,
- ginekologia onkologiczna,
- chemioterapia hospitalizacja,
- chirurgia onkologiczna,
- chirurgia onkologiczna dla dzieci,
- hematologia,
- onkologia i hematologia dziecięca,
- onkologia kliniczna,
- radioterapia,
- terapia izotopowa,
- transplantologia kliniczna;
- transplantologia kliniczna dla dzieci;

Profile – poziom szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych

Dla szpitali pulmonologicznych:

- chemioterapia hospitalizacja,
- chirurgia klatki piersiowej,
- chirurgia klatki piersiowej dla dzieci
- choroby płuc;
- choroby płuc dla dzieci;

Profile – poziom szpitali pediatricznych i ogólnopolskich

Szpitala pediatriczne - wszystkie profile dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego;

Szpitala ogólnopolskie – wszystkie profile w zakresie leczenia szpitalnego;

Kwalifikacja do poziomów

Kwalifikacja jest na 4 lata (z zastrzeżeniem przepisów przejściowych)

Kwalifikacja dotyczy zakładu leczniczego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa

Kwalifikacja obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazania profili, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia.

Kwalifikacja w 2017 r. (art. 2 i 3 ustawy nowelizującej)

Dyrektor oddziału NFZ ogłasza w BIP wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów (w tym wraz z wykazem dla każdego ze świadczeniodawców wszystkich profili, zakresów lub rodzajów świadczeń, których będą oni udzielać) – do 27 czerwca 2017 r.;

Okres obowiązywania wykazu – od 1 października 2017 do 30 czerwca 2021

Zawarcie umów – do 30 września 2017

Umowy udzielanie świadczeń NiŚOZ zawarte ze świadczeniodawcami nie wymienionymi w wykazie wygasają 30 września 2017 r.

(Świadczenia NiŚOZ mają być udzielane przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu z poziomu: szpitale I-III stopnia, szpitale pediatryczne. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, zastosowanie znajdą przepisy dotyczące konkursu).

Kwalifikacja podmiotu powstałego z połączenia – 2017 r.

Możliwa zmiana wykazu do 26 września 2017 r.

Warunek:

- przedstawienie dyrektorowi oddziału NFZ aktu o połączeniu – do 20 czerwca 2017 r.;
- do 21 września 2017 zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych;

Uwaga! Liczy się data wpływu dokumentów do siedziby oddziału NFZ

Warunki kwalifikacji do systemu zabezpieczenia – łączne warunki do spełnienia

| Warunek | Sz. I stopnia | Sz. II stopnia | Sz. III stopnia | Sz.onk. i pulm | Sz. pediatr. |
|---|---------------|----------------|-----------------|----------------|--------------|
| 1. Świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach SOR albo IP, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe | X | X | X | | X |
| 2. Świadczeniodawca udziela świadczeń w ramach profilu anestez. i intensywna ter. lub anestez. i intensywna ter. dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych) na podstawie umowy o udzielanie świadczeń, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe (projekt przewiduje możliwość odstąpienia od tego wymogu) | | X | X | | |
| 3. Świadczeniodawca spełnia kryteria kwalifikacji do jednego z tych poziomów określone w ustawie oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji, które zostaną określone w planowanym rozporządzeniu wykonawczym do ustawy | X | X | X | X | X |
| 4. Świadczeniodawca do dnia ogłoszenia wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie dwa warunki: - okres trwania umowy w zakresie profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, wynosi co najmniej 2 lata kalendarzowe, - umowa, w odniesieniu do wszystkich profili kwalifikujących danego świadczeniodawcę do systemu, dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w rozporządzeniach koszykowych | X | X | X | X | X |

Wyjątek w przepisach przejściowych

W przypadku gdy wymaga tego zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który w dniu ogłoszenia wykazu posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach (rozporządzenia koszykowe), w brzmieniu nadanym ustawą nowelizującą, oraz nie spełnia pozostałych warunków, o których mowa w art. 95m ustawy o świadczeniach, w brzmieniu nadanym ustawą nowelizującą, może zostać zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem poziomu szpitali ogólnopolskich, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

Termin na wydanie opinii przez ministra – 7 dni od daty otrzymania wniosku.

Kryteria kwalifikacji wynikające z ustawy – zasady ogólne i wyjątki

Podstawowym kryterium kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia, jest spełnianie warunku co do wymaganej liczby profili systemu zabezpieczenia określonego rodzaju wskazanych dla danego poziomu. W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej warunek ten rozpatruje się łącznie z kryterium zapewniania kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń lub zakresie świadczeń, w tym także w ramach różnych profili systemu zabezpieczenia.

Kryteria kwalifikacji wynikające z ustawy – zasady ogólne i wyjątki

| | Minimalna liczba i rodzaj profili | Wyjątek – konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń |
|-------------------------|--|--|
| Szpital I stopnia | 2 profile spośród profili dla poziomu szpitali I stopnia | 1 profil charakteryzujący poziom szpitali I stopnia |
| Szpital II stopnia | 6 profili z profili dla poziomu szpitali I i II stopnia, w tym 3 z profili dla poziomu szpitali II stopnia | 1 profil charakteryzujący poziom szpitali II stopnia |
| Szpital III stopnia | 8 profili z profili dla poziomu szpitali I-III stopnia, w tym 3 z profili dla poziomu III stopnia | 1 profil charakteryzujący poziom szpitali III stopnia |
| Szpital onkologiczny | 6 profili spośród profili dla poziomu szpitali onkologicznych | 3 profile charakteryzujące poziom szpitali onkologicznych |
| Szpital pulmonologiczny | 2 profile spośród profili dla poziomu szpitali pulmonologicznych | 1 profil charakteryzujący poziom szpitali pulmonologicznych |
| Szpital pediatryczny | 3 profile spośród profili dla poziomu dla szpitali pediatrycznych | ----- |
| Szpital ogólnopolski | Jeden profil ze wszystkich profili leczenia szpitalnego | ----- |

Kryteria kwalifikacji wynikające z ustawy – warunek (wystarczy jeden) dla zastosowania wyjątku dotyczącego mniejszej liczby profili

- wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w danym profilu;
- zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w danym profilu, na danym terenie;
- struktura udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także w ramach profilu;
- zapewnienie kompleksowości opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń lub zakresie świadczeń, w tym także w ramach różnych profili.

Wyjątek dotyczący konieczności zapewnienia dostępu do świadczeń

We wskazanej sytuacji możliwe jest odstąpienie od wymogu dotyczącego profilu anestezjologia i intensywnej terapii lub anestezjologia i intensywnej terapii dla dzieci w przypadku szpitali II i III stopnia (patrz slajd 15, tabela – warunek 2).

Ciągłość i kompleksowość świadczeń

W celu zagwarantowania ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, ustala się zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy udzielają świadczeń gwarantowanych:

- 1) na każdym z poziomów systemu zabezpieczenia:
 - a) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowanych w poradniach przyszpitalnych, z wyjątkiem dializy otrzewnowej lub hemodializy, z zastrzeżeniem, że w przypadku porad specjalistycznych, dotyczy to porad specjalistycznych odpowiadających profilom systemu zabezpieczenia wskazanym zgodnie z ust. 12 pkt 4,
 - b) z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowane w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych,
 - 2) w przypadku poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 3 – w ramach wszystkich profili systemu zabezpieczenia, w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d
- pod warunkiem posiadania do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej co do świadczeń gwarantowanych wskazanych w pkt 1 i 2, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe.

Ciągłość i kompleksowość świadczeń

W celu zagwarantowania ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy, w ramach poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, zapewniają świadczeniobiorcom również dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych:

- 1) w ramach dodatkowych profili systemu zabezpieczenia innych niż określone dla danego świadczeniodawcy na podstawie ust. 6 i 7 – dla profili systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub
- 2) w ramach dodatkowych zakresów lub rodzajów świadczeń innych niż określone w ust. 10.

Ważne będzie rozporządzenie wykonawcze

Rozporządzenie ma określać:

- szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów;
- dodatkowe profile, zakresy, rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia;
- dodatkowe kryteria, po spełnieniu których świadczeniodawcy mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach dodatkowych profili, zakresów i rodzajów świadczeń, w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia
- porady specjalistyczne odpowiadające poszczególnym profilom.

Ważne będzie rozporządzenie wykonawcze

Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – projekt w wersji przekazanej do Sejmu wraz z projektem ustawy

Kwalifikacja na podstawie rozporządzenia (przykład na podstawie szpitali I i II stopnia)

Szpital I stopnia – dodatkowa podstawa kwalifikacji:

Świadczeniodawca udziela świadczeń w ramach profilu choroby wewnętrzne i jednocześnie:

- jest jedynym świadczeniodawcą posiadającym umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie świadczeń wykonywanych w ramach profilu choroby wewnętrzne, na terenie danego powiatu lub
- udział wartości świadczeń w ramach tego profilu, sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ wyniósł co najmniej 50% wartości wszystkich świadczeń finansowanych na podstawie tej umowy, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego.

Kwalifikacja na podstawie rozporządzenia

Szpital II stopnia – dodatkowa podstawa kwalifikacji:

Świadczeniodawca:

- Udziela świadczeń gwarantowanych:

a) w ramach profilu chirurgia plastyczna oraz profilu chirurgia ogólna, oraz

b) z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowanych w warunkach stacjonarnych

– w przypadku którego łączna wartość świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ w ramach profili wskazanych w lit. a oraz z ramienia profilu anestezyjologia i intensywne leczenie lub anestezyjologia i intensywne leczenie dla dzieci wyniosła co najmniej 20 mln zł, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego lub

Kwalifikacja na podstawie rozporządzenia - cd. z poprzedniego slajdu

- Udziela świadczeń gwarantowanych:

a) w ramach profili ortopedia i traumatologia narządu ruchu lub ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci oraz

b) z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w warunkach stacjonarnych

- w przypadku którego łączna wartość świadczeń sfinansowanych na podstawie umowy z NFZ, w ramach profili wskazanych w lit. a, wyniosła co najmniej 15 mln zł, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego lub

Kwalifikacja na podstawie rozporządzenia - cd. z poprzedniego slajdu

- Udziela świadczeń w ramach:

a) profilu reumatologia lub reumatologia dla dzieci oraz

b) świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowanych w warunkach stacjonarnych

– w przypadku którego łączna wartość świadczeń finansowanych na podstawie umowy z NFZ, w ramach profili wskazanych w lit. a, wyniosła co najmniej 8 mln zł, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, według stanu na koniec lutego roku następnego.

Dodatkowe profile (przykłady)

Świadczeniodawcy zakwalifikowani do jednego z poziomów zabezpieczeń:

- choroby zakaźne lub choroby zakaźne dla dzieci;
- toksykologia kliniczna lub toksykologia kliniczna dla dzieci;

Świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu szpitali I stopnia na podstawie par. 2 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia (udzielanie świadczeń w ramach co najmniej dwóch profili):

- anestezjologia i intensywne leczenie lub anestezjologia i intensywne leczenie dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych),
- kardiologia, jeżeli spełnia wymagania formalne leczenia inwazyjnych ostrych zespołów wieńcowych określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
- neurologia, jeżeli spełnia wymagania formalne leczenia udaru mózgu określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu;

Dodatkowe profile (przykłady)

świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu szpitali II stopnia:

a) neurochirurgia,

b) profile ogólne dla szpitali I stopnia

c) określonych dla szpitali II stopnia – w przypadku świadczeniodawcy zakwalifikowanego zgodnie z § 2 ust. 4 pkt 2 i 3 Rozporządzenia (na podstawie dodatkowych kryteriów kwalifikacji wskazanych w rozporządzeniu)

d) profile określone dla szpitali onkologicznych

Dodatkowe zakresy i rodzaje świadczeń (przykład)

Świadczeniodawca może udzielać tych świadczeń, jeżeli do dnia ogłoszenia wykazu, w zakresie wskazanych dla nich dodatkowych profili, zakresów lub rodzajów świadczeń posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe.

Świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu I lub II stopnia, wraz ze wskazaniem profili będących podstawą kwalifikacji lub profili dodatkowych:

chirurgia ogólna – świadczenia możliwe do realizacji w ramach tego profilu, które mogą być realizowane również w ramach następujących profili zabiegowych:

- chirurgia dziecięca,
- chirurgia klatki piersiowej,
- chirurgia onkologiczna,
- chirurgia naczyniowa,
- chirurgia plastyczna,
- chirurgia szczękowo-twarzowa,
- neurochirurgia,
- otorynolaryngologia,
- urologia.

Dodatkowe zakresy i rodzaje świadczeń (przykład)

choroby wewnętrzne - świadczenia opieki zdrowotnej możliwe do realizacji w ramach tego profilu, które mogą być realizowane również w ramach następujących profili zachowawczych:

- alergologia,
- angiologia,
- choroby płuc,
- dermatologia i wenerologia,
- diabetologia,
- endokrynologia,
- gastroenterologia,
- geriatryka,
- kardiologia,
- nefrologia,
- neurologia,
- onkologia kliniczna,
- reumatologia.

Porady specjalistyczne (przykład)

Profil chirurgia ogólna:

porada specjalistyczna – chirurgia ogólna,

porada specjalistyczna – proktologia

porada specjalistyczna – leczenie bólu,

porada specjalistyczna – gastroenterologia,

porada specjalistyczna – gastroenterologia dla dzieci,

porada specjalistyczna – ortopedia i traumatologia narządu ruchu,

porada specjalistyczna – leczenie chorób naczyń,

porada specjalistyczna – chirurgia onkologiczna;

porada specjalistyczna – toksykologia

Ryczałt na pierwszy okres rozliczeniowy

Przy ustaleniu ryczałtu mają zostać uwzględnione dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę za rok 2015, z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w dniu wejścia w życie ustawy nowelizującej.

Jeżeli nie będzie możliwe uwzględnienie danych za rok 2015, za podstawę wyliczenia ryczałtu przyjmuje się dane dotyczące ostatniego roku obowiązywania umowy albo okres obowiązywania tej umowy, jeżeli był krótszy niż rok.

Projekt rozporządzenia w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy.

Ryczałt na kolejne okresy rozliczeniowe

Wysokość ryczałtu systemu zabezpieczenia ustala się za okres rozliczeniowy określony w umowie, nie dłuższy niż rok kalendarzowy.

Przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
 - a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
 - b) cen udzielonych świadczeń,
 - c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;
- 3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Odrębne rozliczanie

Projekt rozporządzenia w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

świadczenia opieki zdrowotnej, które podlegają odrębnemu rozliczeniu w ramach kwoty zobowiązania:

- 1) w trakcie wykonywania których odbywa się poród;
- 2) endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego;
- 3) zabiegi usunięcia zaćmy;
- 4) wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy, w tym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych tymi programami;
- 5) chemioterapia, w tym leki stosowane w chemioterapii;
- 6) radioterapia;
- 7) świadczenia wysokospecjalistyczne, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy;

Odrębne rozliczanie

8) realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć;

9) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

10) diagnostyka i leczenie onkologiczne na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;

11) rehabilitacja lecznicza w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych;

12) kompleksowa opieka nad pacjentem;

13) świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne, w zakresie wskazanym w § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

Dziękuję

