

**ZARZĄDZENIE Nr 70/2021/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 15.04.2021 r.

**w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń  
kompleksowych**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1**  
**Postanowienia ogólne**

**§ 1.** Zarządzenie określa szczegółowe warunki umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”.

**§ 2. 1.** Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 3) **ogólne warunki umów** – przepisy rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 4) **podwykonawca** – podmiot, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 5) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 97 i 159.

(Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.<sup>2)</sup>);

- 6) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 7) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 8) **rozporządzenie ambulatoryjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 9) **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 10) **rozporządzenie JGPato** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato, wydane na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy o świadczeniach;
- 11) **onkologiczne świadczenia kompleksowe** – zakres świadczeń, w ramach którego realizowana, koordynowana i finansowana jest kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem, skoordynowana przez jeden ośrodek, obejmująca przeprowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego i monitorowania;
- 12) **umowa PSZ** – umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 13) **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 14) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 15) **zarządzenie w rodzaju leczenie szpitalne** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne;
- 16) **zarządzenie w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;

---

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 567, 1493, 2112, 2401 i 2345.

17) **zarządzenie w rodzaju rehabilitacja lecznicza** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie o świadczeniach, w rozporządzeniach, o których mowa w ust. 1 pkt 7 –10 oraz w ogólnych warunkach umów.

## **Rozdział 2**

### **Przedmiot umowy PSZ w zakresie onkologiczne świadczenia kompleksowe**

§ 3. 1. Przedmiotem umowy PSZ w zakresie onkologiczne świadczenia kompleksowe, zwanej dalej „umową”, jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresie określonym w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

2. Szczegółowy opis przedmiotu umowy określony jest w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

3. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. UE L 340 z dnia 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne;
- 3) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 4) 85312500-4 Usługi rehabilitacyjne;
- 5) 85141210-4 Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych.

§ 4. 1. Katalog świadczeń i produktów jednostkowych dedykowanych do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 3 ust. 1, stanowi **załącznik nr 1** on do zarządzenia.

2. Świadczenia w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi obejmują:

- 1) moduł diagnostyki;
- 2) moduł leczenia;

- 3) moduł rehabilitacji oraz
- 4) moduł monitorowania.

**§ 5.** Świadczeniodawca posiadający umowę PSZ, zamierzający realizować świadczenia gwarantowane w zakresie onkologiczne świadczenia kompleksowe, może przystąpić do realizacji tych świadczeń na warunkach określonych w § 4a ust. 3 i 4 rozporządzenia szpitalnego oraz zgodnie z warunkami umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych określonymi w niniejszym zarządzeniu.

**§ 6.** Fundusz zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego są określone w rejestrze, w części VIII systemu kodu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach określonych w załączniku nr 2 do zarządzenia.

**§ 7. 1.** Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu szpitalnym, rozporządzeniu ambulatoryjnym oraz rozporządzeniu rehabilitacyjnym.

2. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

3. Godziny pracy personelu, określone w przepisach, o których mowa w ust. 1, mogą być tożsame z godzinami pracy personelu udzielającego świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń w zakresach stanowiących elementy świadczeń z zakresu kompleksowej opieki.

**§ 8. 1.** Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy PSZ.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 7 ust.1 i 2.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy

w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli każdego z podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

6. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do właściwego oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

**§ 9.** Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

**§ 10. 1** Świadczenia objęte przedmiotem umowy udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy PSZ oraz zgodnie z „Harmonogramem dodatkowym – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 6** do umowy PSZ.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy PSZ.

### **Rozdział 3**

#### **Zasady rozliczania świadczeń**

**§ 11. 1.** W celu sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologiczne świadczenia kompleksowe ustala się w umowie PSZ odrębne kwoty zobowiązania, wraz ze wskazaniem liczby jednostek rozliczeniowych i ich cen.

2. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania produktów, o których mowa w ust. 1, jest punkt.

3. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy PSZ.

4. Kwota zobowiązania w odniesieniu do zakresu – onkologiczne świadczenia kompleksowe obejmuje łącznie wszystkie świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego,

ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji.

5. Kwota, o której mowa ust. 1, nie obejmuje finansowania świadczeń w zakresie chemioterapii i programów lekowych.

6. Świadczenia, o których mowa w ust. 5, finansowane są w ramach umowy PSZ w zakresie chemioterapia lub w zakresach dotyczących programów lekowych lub na podstawie odrębnej umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia i umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

7. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1, przekroczy kwotę zobowiązania dla danego zakresu, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

8. Niedopuszczalne jest rozliczanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy włączonemu do kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, związanych z przeprowadzeniem procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego lub monitorowania, będących przedmiotem umowy w innych zakresach umowy PSZ lub na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń, za wyjątkiem przypadków wskazanych w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

9. Jeżeli w przypadku realizacji świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, nastąpi niedotrzymanie terminu realizacji diagnostyki onkologicznej, poziom finansowania odpowiedniego pakietu diagnostyki onkologicznej ulega skorygowaniu do poziomu 70% wartości określonej w **załączniku nr 1on** do zarządzenia.

**§ 12.1** Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym:

1) zakresu świadczeń, grupy - według zasad określonych przez charakterystykę JGP i algorytm JGP lub produktów jednostkowych z katalogu, stanowiącego **załącznik nr 1on** do niniejszego zarządzenia;

2) produktów jednostkowych określonych w katalogu produktów do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c i 1ts** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, o ile miały one zastosowanie.

3) produktów z katalogu produktów odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, w przypadku hospitalizacji do radioterapii oraz implantacji albo usunięcia portu naczyniowego.

2. Informacje dotyczące algorytmu JGP oraz obowiązującej w danym okresie

sprawozdawczym wersji ICD-9 ogłaszane są przez Prezesa Funduszu na stronie internetowej Funduszu.

**§ 13. 1.** Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem, w sytuacji rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym, żywieniem pozajelitowym oraz hipotermią leczniczą, obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi odpowiednio w **załącznikach nr 5a, 5b** oraz **6a-6g** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym lub monitorowaniem pacjenta podczas hipotermii leczniczej należy dołączyć do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

2. W przypadku rozliczania produktu: 5.53.01.0001649 - Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, świadczeniodawca obowiązany jest do dołączenia do historii choroby podpisanego oświadczenia, którego wzór określony jest w **załączniku nr 16** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.

3. W sytuacji rozliczania produktów w zakresie teleradioterapii, brachyterapii oraz terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku, z katalogu stanowiącego załącznik nr 1on do zarządzenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie/cyklu leczenia – dawka całkowita. Należy sprawozdać całkowitą liczbę frakcji w całym procesie/cyklu leczenia.

**§ 14. 1.** W przypadku przystąpienia świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, umowa PSZ podlega zmianie poprzez wyłączenie z realizacji umowy:

- 1) diagnostycznych pakietów onkologicznych o kodzie i nazwie: 5.32.00.0000020 diagnostyka wstępna – nowotwory piersi, 5.33.00.0000014 diagnostyka pogłębiona – nowotwory piersi;
- 2) grup JGP dotyczących zabiegów operacyjnych wykonanych z rozpoznaniem nowotworów piersi;
- 3) produktów radioterapii oraz hospitalizacji do radioterapii związanych z nowotworem piersi;

4) rehabilitacji obrzęku limfatycznego związanego z nowotworem piersi.

**§ 15.** 1. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia rozliczone grupą J01 lub J02 w rozpoznaniu C50 w liczbie co najmniej 250 zabiegów lub zrealizowali świadczenia rozliczone grupą J01 lub J02 określoną w załączniku nr 1on do zarządzenia, wartość produktów rozliczeniowych J01G, J01H i J02 określonych w **załączniku nr 1on** do zarządzenia korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.

2. W sytuacji wykonania jednocześnie zabiegów operacyjnych obustronnych, wartość odpowiednich produktów rozliczeniowych określonych w **załączniku nr 1 on** korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,54.

**§ 16.** Do rozliczania świadczeń finansowanych w ramach grupy J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r. ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych\* uprawnieni są świadczeniodawcy:

- 1) spełniający kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń onkologicznych, realizujący w danym okresie rozliczeniowym świadczenia w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych, chirurgicznego leczenia onkologicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii; lub
- 2) spełniający warunek minimalnej liczby zrealizowanych w roku 2019 lub 2020 świadczeń zabiegowych dla grupy J03F, określonych w załączniku nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.

**§ 17.** 1. Do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których wykonano badanie patomorfologiczne, w zakresie o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach, w okresie realizacji pilotażu JGPato, zastosowanie ma współczynnik korygujący w wysokości 1,02, pod warunkiem sprawozdania jednej z grup określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia JGPato przez świadczeniodawców wskazanych w załączniku nr 4 do rozporządzenia JGPato.

2. Do stosowania współczynnika, o którym mowa w ust. 1, uwzględnia się świadczenia określone w **załączniku nr 1on** do zarządzenia.

**§ 18.** Wykazywanie przez świadczeniodawcę świadczeń do rozliczenia, odbywa się

---

\* oznaczenie grup o charakterze zabiegowym



zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu, do rozliczenia należy wykazywać wyłącznie jedną grupę JGP z katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącego **załącznik nr 1on** do zarządzenia;
- 2) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami z innymi produktami rozliczeniowymi, na zasadach określonych w katalogu, stanowiącym **załącznik nr 1on** do zarządzenia;
- 3) w odniesieniu do świadczeniobiorców objętych kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się odpowiednio przez produkt: 5.52.01.0001537 Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zwanym dalej „OAiT”, określony w **załączniku 1on** do zarządzenia.  
Do rozliczenia wykazuje się odrębnie dla każdego dnia pobytu produkty związane z oceną stanu pacjenta w skali TISS – 28 lub TISS – 28 dla dzieci do zarządzenia szpitalnego z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiT, stanowiącego **załącznik nr 1ts** do zarządzenia szpitalnego;
- 4) dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącego **załącznik nr 1on** do zarządzenia z produktami katalogowymi dedykowanymi do rozliczania świadczeń w OAiT, zawartymi w katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącym załącznik nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne i katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiT, określonym w **załączniku nr 1ts** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, z zastrzeżeniem pkt 3;
- 5) do rozliczania świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci, której wzór określony jest w **załączniku nr 4b** do zarządzenia. Świadczeniodawca obowiązany jest dla każdej doby pobytu pacjenta w oddziale sprawozdać w raporcie statystycznym szczegółowe czynności wykonywane w opiece nad pacjentem poprzez produkty statystyczne określone w **załączniku nr 4a** do zarządzenia. Wersję papierową karty, dołącza się do historii choroby pacjenta;
- 6) ocena stanu zdrowia pacjenta, dla potrzeb określenia punktacji w skali TISS– 28 albo TISS – 28 dla dzieci, przeprowadzana jest codziennie;

- 7) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami, określonymi **w załączniku nr 1on** do zarządzenia, z produktami katalogowymi zawartymi w katalogu produktów do sumowania, określonymi **w załączniku nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, w przypadkach w których w katalogu produktów do sumowania dopuszczono taką możliwość;
- 8) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobdzień;
- 9) jeżeli okres między udzieleniem świadczeniobiorcy świadczeń przez świadczeniodawcę podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, określonego **w załączniku nr 1on** do zarządzenia, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie;
- 10) w uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor właściwego oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni, w tym rozpoczętą w dniu zakończenia poprzedniej hospitalizacji, na zasadach i w terminie określonych w przepisach zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych;
- 11) w przypadkach, o których mowa w pkt 9, świadczeniodawca występuje do dyrektora właściwego oddziału Funduszu z odpowiednim wnioskiem, zgodnie ze wzorem określonym w przepisach zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych, w trakcie hospitalizacji albo w terminie 7 dni roboczych od dnia jej zakończenia, celem uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku;
- 12) nie dopuszcza się wyrażania zgody przez dyrektora oddziału Funduszu na rozliczanie świadczeń, w tym łącznego wykazywania do rozliczenia, w sposób inny niż określony w niniejszym zarządzeniu.

## **Rozdział 4**

### **Postanowienia końcowe**

**§ 19.** Umowy o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych w systemie

podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zachowują ważność na czas, na jaki zostały zawarte.

**§ 20.** Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

**§ 21.** Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 kwietnia 2021 r.

**§ 22.** Traci moc zarządzenie Nr 128/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2019 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych.

**§ 23.** Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia podpisania.

**PREZES**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**  
Bernard Waśko  
W zastępstwie p.o. PREZESA NFZ