

ZARZĄDZENIE Nr 84/2014/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 16 grudnia 2014 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju
profilaktyczne programy zdrowotne**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3, w zw. z art. 48 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawarcia umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **świadczenia w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych** – świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w odpowiednich komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy, przez lekarza albo inną osobę wskazaną

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241 i Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842 i Nr 127, poz. 857 i Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz.1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238 poz.1578 i Nr 257, poz.1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73,poz.390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz.622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz.696, Nr 138, poz. 808, Nr 171, poz.1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378,z 2012 r. poz. 123, 476, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz.154, 879, 983 i 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188 i 1491.

w załącznikach nr 3 – 6 do zarządzenia, która uzyskała uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych, wynikające z przepisów odrębnych, obejmujące w szczególności badanie lekarskie, badania diagnostyczne, poradnictwo zdrowotne, określone szczegółowo odpowiednio w załącznikach nr 3 – 6 do zarządzenia;

- 2) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) **rozporządzenie** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505);
- 5) **rodzaj świadczeń** - rodzaj, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);
- 6) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w: rozporządzeniu oraz Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

Rozdział 2

Cel postępowania i przedmiot umowy

§ 3. Cel postępowania, o którym mowa w § 1 stanowi wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą udzielali świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, wymienionych w § 4.

§ 4. 1. W rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, wyodrębnia się:

- 1) program profilaktyki raka szyjki macicy, którego zasady realizacji określone są w załączniku nr 3 do zarządzenia;
- 2) program profilaktyki raka piersi, którego zasady realizacji określone są w załączniku nr 4 do zarządzenia;
- 3) program badań prenatalnych, którego zasady realizacji określone są w załączniku nr 5 do zarządzenia;
- 4) program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - zwanej dalej „POChP”), którego zasady realizacji określone są w załączniku nr 6 do zarządzenia.

2. Etapy programów stanowiące zakresy świadczeń w poszczególnych profilaktycznych programach zdrowotnych, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

3. Szczegółowe opisy świadczeń dla poszczególnych programów, o których mowa w ust. 1, określone są odpowiednio w załącznikach nr 3 – 6 do zarządzenia.

§ 5. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, zwanej dalej „umową”, stanowi realizacja świadczeń profilaktyki pierwotnej i wtórnej, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz.

2. Wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

3. Odstępstwo od wzoru umowy wymaga pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 6. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) (Dz. Urz. WE L 340 z dnia 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, przedmiotem umowy objęte są w szczególności:

- 1) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 7. 1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, obowiązany jest, na dzień złożenia oferty oraz przez cały okres obowiązywania umowy, spełniać wymagania określone odpowiednio w załącznikach nr 3 - 6 do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, winny być spełnione we wszystkich miejscach udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.

3. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy obowiązany jest spełniać wymagania dotyczące dostępności do świadczeń, o których mowa w § 10.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń profilaktycznych

§ 8. 1. Świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale wojewódzkim Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy.

3. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 2, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, oddział wojewódzki Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 3 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, upoważnienie, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

6. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń profilaktycznych w zakresach:

- 1) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny;
- 2) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki;
- 3) program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy;
- 4) program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki

- konieczna jest dodatkowo weryfikacja uprawnień do udzielenia świadczenia profilaktycznego, dokonana w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki poprzez aplikację internetową, udostępnioną przez oddział wojewódzki Funduszu.

§ 9. 1. Świadczenia, na wykonywanie których dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawarł umowę, udzielane są osobiście przez osoby wykazane w załączniku nr 2 oraz 2a do umowy.

2. W przypadku nieobecności lekarza lub osoby realizującej świadczenia, świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie. Powyższą informację udostępnia się w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.

§ 10. 1. Świadczeniodawca udziela świadczeń profilaktycznych zgodnie z harmonogramem pracy komórki organizacyjnej, określonym w załączniku nr 2 do umowy, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W przypadku świadczeniodawcy realizującego program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w trybie mobilnym, harmonogram, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 2a do umowy. Propozycje harmonogramu zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2a do umowy, dla poszczególnych mammbusów, świadczeniodawca wprowadza do Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki („SIMP”) i zatwierdza dane w aplikacji. Oddział wojewódzki Funduszu, po dokonaniu oceny zabezpieczenia świadczeń w przedmiotowym zakresie, akceptuje w systemie zaproponowane przez świadczeniodawców harmonogramy udzielania świadczeń w całości lub w części. W przypadku niepełnego zabezpieczenia

świadczeń, oddział wojewódzki Funduszu może wskazać świadczeniodawcy propozycję zmiany niektórych pobyków mammobusów. Ustalone w wyniku porozumienia pomiędzy oddziałem wojewódzkim Funduszu, a świadczeniodawcą zmiany, świadczeniodawca wprowadza do SIMP i zatwierdza. Po zaakceptowaniu wszystkich pobyków przez oddział wojewódzki Funduszu, świadczeniodawca drukuje przedmiotowy załącznik i podpisany dokument przekazuje do oddziału wojewódzkiego Funduszu.

3. Strony umowy, obowiązane są zaakceptować przedmiotowy harmonogram, stanowiący załącznik nr 2a do umowy, przed rozpoczęciem kwartału, którego dotyczy harmonogram. Termin ten może nie być zachowany w przypadku zawarcia:

- 1) aneksu do umowy wieloletniej lub
- 2) nowej umowy o udzielanie świadczeń.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca wprowadza dane o pobykach mammobusów, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2a do umowy, z wykorzystaniem SIMP, niezwłocznie po udostępnieniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w SIMP.

5. Zobowiązania świadczeniodawcy wynikające z innych umów o udzielanie świadczeń nie mogą ograniczać dostępu świadczeniobiorców do świadczeń w zakresie stanowiącym przedmiot umowy.

ROZDZIAŁ 5

Zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń

§ 11. 1. Świadczenia w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne rozliczane są w oparciu o cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej (punkt).

2. Podstawą rozliczania świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające wybranym świadczeniom określonym w załączniku nr 1 do zarządzenia, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

3. W przypadku prowadzenia dokumentacji dotyczącej realizacji programu w formie elektronicznej, tj. w SIMP, za przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów, uważa się wypełnienie i zatwierdzenie odpowiednich pól aplikacji.

4. Świadczenia wskazywane do rozliczenia wykonuje się zgodnie z harmonogramem udzielania świadczeń, o którym mowa w § 10.

§ 12. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są:

- 1) w Ogólnych warunkach umów oraz
- 2) w umowie, której wzór stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

2. Wartość punktowa odpowiadająca poszczególnym świadczeniom określona jest w załączniku nr 1 do zarządzenia.

§ 13. 1. W przypadku, gdy dla programu profilaktycznego zostały określone wzory sprawozdań merytorycznych z jego realizacji, świadczeniodawca przedstawia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu zbiorcze sprawozdanie merytoryczne za każdy kwartał w terminie do 30 dni po zakończeniu kwartału, a za cały okres rozliczeniowy w terminie do 45 dni po zakończeniu tego okresu. W przypadku określenia przez Fundusz formatu przekazywania powyższych danych, są one przekazywane wraz z raportem statystycznym w wersji elektronicznej.

2. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, winny być zgodne pod względem liczby wykazanych świadczeń z raportem statystycznym, o którym mowa w § 11 ust. 2.

3. Przy rozliczaniu świadczeń nie dopuszcza się możliwości sumowania z analogicznymi świadczeniami w innych rodzajach świadczeń.

§ 14. W celu oceny realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych monitorowaniu podlegają w szczególności następujące parametry:

- 1) zgłaszalność osób do tych programów;
- 2) efekty realizacji poszczególnych programów, w tym szczególności:
 - a) liczba osób z nieprawidłowymi wynikami badań,
 - b) liczba osób z rozpoznaniem schorzenia stanowiącego przedmiot programu,
 - c) koszt zdiagnozowania osoby z wynikiem dodatnim;
- 3) dodatkowe parametry dotyczące jakości realizacji świadczeń, określone w załącznikach nr 3 i 4 do zarządzenia.

§ 15. Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawieranych na 2015 r.

§ 16. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed wejściem w życie zarządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 17. Traci moc zarządzenie Nr 81/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

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

PREZES

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Tadeusz Jędrzejczyk