

ZARZĄDZENIE NR 54/2016/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 28 czerwca 2016 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów
w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.¹⁾), zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **oddział Funduszu** - oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) **ogólne warunki umów** - warunki umów określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

¹⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65 i 652.

finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

- 4) **osobodzień** – jednostkowa miara służąca do sprawozdawania świadczeń określonych w katalogu świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia;
- 5) **punkt** – jednostkowa miara służąca do określenia wartości świadczenia sprawozdawanego określonego w katalogu świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia;
- 6) **przepustka** – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza hospicjum stacjonarnym lub oddziałem medycyny paliatywnej, bez potrzeby wypisywania go z hospicjum lub oddziału;
- 7) **rodzaj świadczeń** - rodzaj, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 8) **rozporządzenie** - rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 9) **świadczenia wykonywane w warunkach domowych** - świadczenia udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, w tym w domu pomocy społecznej z wyłączeniem pobytu w stacjonarnych podmiotach wykonujących działalność leczniczą;
- 10) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

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 w ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (DZ. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n.,

z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85110000-3 - Usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85141210-4 - Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych;
- 3) 85144000-0 - Usługi placówek opieki zdrowotnej zapewniających zakwaterowanie;
- 4) 85143000-3 – Usługi ambulatoryjne.

§ 4. 1. Postępowanie, o którym mowa w § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

2. Porównanie ofert w toku postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, następuje zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń: opieka paliatywna i hospicyjna, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

2. Odpowiednio do przedmiotu umowy, jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych zakresów świadczeń określone są w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

3. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.

4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu.

2. Wymóg, o którym mowa w ust. 1, dotyczy wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa, łącznie ze świadczeniami wykonywanymi w warunkach domowych.

§ 7. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń 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.

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

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w rozporządzeniu, w przepisach odrębnych oraz w niniejszym zarządzeniu.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, w zakresie świadczeń wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie.

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

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

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

8. Świadczeniodawca obowiązany jest do udostępnienia na żądanie oddziału Funduszu rejestru zakażeń zakładowych.

§ 8. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem - zasoby”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

3. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.

4. Świadczeniodawca obowiązany jest do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

5. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6. W celu realizacji obowiązku o którym mowa w ust. 5, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale 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 o świadczeniach.

7. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 6, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

8. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 6, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 7 ust. 4 umowy.

9. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 6, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 9. 1. W ramach zakresu świadczeń: oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne, kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego odbywa się na zasadach określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanego na podstawie art. 31d ustawy.

2. W ramach zakresów świadczeń: hospicjum domowe oraz hospicjum domowe

dla dzieci, wizyta personelu hospicjum domowego oraz hospicjum domowego dla dzieci jest każdorazowo potwierdzana przez chorego, członka jego rodziny lub opiekuna – z zastosowaniem „Karty wizyt w domu chorego”, której wzór określony jest w załączniku nr 3 do zarządzenia.

§ 10. 1. 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.

2. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.

3. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu stanowiącego podstawę wystawienia rachunku.

4. Świadczeniodawca składa do oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę, rachunek w formie pisemnej oraz raport statystyczny w formie elektronicznej w terminie do 10 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy rozliczenie, z zastrzeżeniem ust. 7. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.

5. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji w oddziale Funduszu.

6. Jednostką rozliczeniową w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest punkt.

7. Rachunek, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca może przesłać w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w przepisach zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 11. Przedstawiając świadczenia do zapłaty, świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania następujących zasad:

- 1) do rozliczenia pobytu w zakładzie udzielającym świadczeń w warunkach stacjonarnych albo domowych wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane, przez które należy rozumieć każdy rozpoczęty osobodzień pobytu stacjonarnego oraz w warunkach opieki domowej, z zastrzeżeniem pkt 2;
- 2) dzień przyjęcia do opieki i dzień jej zakończenia wykazywane są do rozliczenia

jako jeden osobodzień;

- 3) w razie korzystania przez świadczeniobiorcę z przepustki, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu świadczeniobiorcy w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej, z zastrzeżeniem pkt 4 i 5;
- 4) w okresie korzystania z przepustki, świadczeniodawca wyposaża świadczeniobiorcę w leki i wyroby medyczne;
- 5) Fundusz finansuje czas przebywania świadczeniobiorcy na przepustce do 2 dni w miesiącu; informację o udzielonej przepustce świadczeniodawca odnotowuje w dokumentacji medycznej indywidualnej świadczeniobiorcy.

§ 12. 1. W przypadku udzielanych w ramach sprawowanej opieki świadczeń:

- 1) odrębnie kontraktowanych, z wyłączeniem:
 - a) żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych – w odniesieniu do zakresu świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym,
 - b) tlenoterapii w warunkach domowych w odniesieniu do zakresu świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym oraz hospicjum domowym dla dorosłych oraz dla dzieci do ukończenia 18. roku życia;
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 3) psychiatrii ambulatoryjnej;
- 4) opieki stomatologicznej;
- 5) radioterapii paliatywnej (teleradioterapii paliatywnej) w trybie ambulatoryjnym;
- 6) chemioterapii paliatywnej w trybie ambulatoryjnym

- dopuszcza się rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie na podstawie odrębnych umów.

2. W przypadku udzielania świadczeń chemioterapii paliatywnej w trybie hospitalizacji i hospitalizacji onkologicznej w trybie jednodniowym oraz świadczeń teleradioterapii paliatywnej w trybie hospitalizacji, rozliczeniu nie podlega osobodzień pobytu świadczeniobiorcy objętego opieką w hospicjum stacjonarnym, oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dorosłych oraz dzieci do ukończenia 18. roku życia.

3. Wydane zalecenia dotyczące leczenia farmakologicznego, w przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1, finansowane są przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, w którym przebywa świadczeniobiorca.

§ 13. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w rozporządzeniu w sprawie ogólnych warunków umów oraz w umowie.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do rozliczenia wykonanych świadczeń w raporcie statystycznym dotyczącym miesiąca, w którym świadczenia te zostały zrealizowane i wystawienia rachunku zgodnie z zasadami określonymi w umowie. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z metodami finansowania określonymi dla poszczególnych zakresów świadczeń i przyjętymi umową.

3. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych umową.

Rozdział 4

Postanowienia końcowe

§ 14. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.

§ 15. Do oświadczeń przekazywanych przez świadczeniodawców na podstawie § 4 ust. 3 umów, o których mowa w § 14, stosuje się przepisy zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ Prezesa NFZ, z dnia 16 października 2015 r. zmieniającego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określające warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, w związku z wejściem w życie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków umów.

§ 16. Zarządzenie stosuje się do:

- 1) postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanych zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach;
- 2) ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowania oraz określenia szczegółowych warunków w umowach, zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach.

§ 17. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2016 r. ²⁾

**p.o. PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZ ZDROWIA
Zastępca Prezesa ds. Medycznych
Andrzej Jacyna**

²⁾ Niniejsze zarządzenie było poprzedzone zarządzeniem Nr 73/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, które utraciło moc obowiązującą z dniem wejścia w życie art. 1 pkt 53 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198).

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Katalog świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej

Załącznik nr 2 – Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna

Załącznik nr 3 – Karta wizyt w domu chorego