

Zarządzenie Nr 66/2016/DGL

Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 30 czerwca 2016 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów
w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe)**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 oraz w związku z art. 48 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. 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 leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe).

2. Kryteria dotyczące świadczeniobiorców, schematów dawkowania leków w programie oraz badań diagnostycznych wykonywanych w ramach programu są określone w obwieszczeniach ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanych w dzienniku urzędowym Ministra Zdrowia, wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, z późn. zm.²⁾), zwanej dalej „ustawą refundacyjną”.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **zapewnienie realizacji badań** – zapewnienie wykonywania świadczeń, w tym również w innym miejscu lub lokalizacji niż określone w umowie;
- 2) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydane na

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.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1830 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 652.

podstawie art. 148 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

- 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) **katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych** – wykaz zawierający leki dostępne w ramach programu lekowego, wymienione w obwieszczeniach ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanych w dzienniku urzędowym Ministra Zdrowia, wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej;
- 5) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji zgodnie z programem specjalizacji, co najmniej 2 lata od jej otwarcia;
- 6) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 7) **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
- 8) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 9) **opis programu lekowego** – informacje dotyczące schematów leczenia, kryteriów kwalifikacji i wyłączenia świadczeniobiorcy do/z programu, monitorowania wyników leczenia i programu;
- 10) **osobodzień** – jednostka miary służąca do rozliczania świadczeń opisanych w katalogu świadczeń i zakresów, stanowiącym **załącznik nr 1k** do zarządzenia;
- 11) **punkt** – jednostka miary służąca do określenia wartości świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie programy zdrowotne (lekowe);
- 12) **raport statystyczny** – informacja o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 13) **ryczałt za diagnostykę** – świadczenie, w ramach którego finansowany jest uśredniony koszt badań diagnostycznych związanych z programem zdrowotnym (lekowym), wykonywanych świadczeniobiorcy objętemu tym programem w trakcie okresu rozliczeniowego;

- 14) **świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym** – świadczenia udzielane podczas wizyty ambulatoryjnej, w ramach której świadczeniobiorcy wykonywane jest badanie lekarskie, w trakcie którego są udzielane lub zlecane niezbędne świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne, podawane lub wydawane leki;
- 15) **program lekowy** – program zdrowotny w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach, obejmujący technologię lekową, w której substancja czynna nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, który nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych w rozumieniu ustawy refundacyjnej;
- 16) **świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji** – całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno – terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu;
- 17) **świadczenia wykonywane w trybie jednodniowym** – udzielanie świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcy z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- 18) **świadczenia wykonywane w trybie leczenia w warunkach domowych** – świadczenia realizowane w ramach programu lekowego „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B” (system dostaw domowych koncentratów czynników krzepnięcia);
- 19) **zakres świadczeń** – świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie programy zdrowotne (lekowe), dla których w umowie określa się sposób i kwotę finansowania;
- 20) **SMPT** – elektroniczny system monitorowania programów lekowych, o których mowa w ustawie o refundacji, uzupełniany za pomocą aplikacji komputerowej wskazanej przez Prezesa Funduszu i udostępnionej przez Oddział Funduszu;
- 21) **taryfa** – wartość jednostkowa leku obliczana zgodnie ze wzorem określonym w § 15 ust. 3 pkt 2 zarządzenia.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w ustawie o świadczeniach oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach,

zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy jest wyłonienie wykonawców programów zdrowotnych (lekowych), o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1, odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) grupy powiatów;
- 3) powiatu.

2. 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 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.), oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiot umów obejmuje następujące nazwy i kody:

- 1) 85110000-3 usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85121200-5 specjalistyczne usługi medyczne;
- 3) 85143000-3 usługi ambulatoryjne.

3. W przypadku gdy świadczeniodawca realizuje świadczenia z więcej niż jednego zakresu, kontraktowanie każdego zakresu przeprowadzane jest odrębnie.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 4. 1. Przedmiotem umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), zwanej dalej „umową”, jest realizacja finansowanych przez Fundusz świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresie programy zdrowotne (lekowe), określonych:

- 1) w Wykazie programów zdrowotnych (lekowych), zwanym dalej „wykazem programów”, stanowiącym **załącznik nr 4** do zarządzenia;
- 2) w Katalogu świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe), zwanym dalej „katalogiem świadczeń”, stanowiącym **załącznik nr 1k** do zarządzenia;
- 3) w Katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych, zwanym dalej „katalogiem leków”, stanowiącym **załącznik nr 1m** do zarządzenia;

- 4) w Katalogu ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych, zwanym dalej „katalogiem ryczałtów”, stanowiącym **załącznik nr 11** do zarządzenia;

2. Programy zdrowotne (lekowe) wymienione w **załączniku nr 4** do zarządzenia są określone:

- 1) w części A **załącznika nr 4** – Programy lekowe – zawarte w opisach programów lekowych, stanowiących **załączniki** do obwieszczeń ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanych w dzienniku urzędowym Ministra Zdrowia, wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej, zwanymi dalej „opisami programów”;
- 2) w części B – Kwalifikacje do programów lekowych, wynikające z opisów programów, określone są w opisie świadczenia:
 - a) Kwalifikacja i weryfikacja leczenia hormonem wzrostu oraz insulinopodobnym czynnikiem wzrostu – 1, stanowiącego **załącznik nr 5** do zarządzenia,
 - b) Kwalifikacja i weryfikacja leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych, stanowiącego **załącznik nr 6** do zarządzenia,
 - c) Kwalifikacja i weryfikacja leczenia chorób ultrazadkich, stanowiącego **załącznik nr 7** do zarządzenia,
 - d) Kwalifikacja i weryfikacja leczenia w programie „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B”, stanowiącego **załącznik nr 8** do zarządzenia,
 - e) Kwalifikacja i weryfikacja leczenia ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem, stanowiącego **załącznik nr 9** do zarządzenia,
 - f) Kwalifikacja i weryfikacja leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej, stanowiącego **załącznik nr 10** do zarządzenia,
 - g) Kwalifikacja i weryfikacja leczenia doustnego stanów nadmiaru żelaza w organizmie, stanowiącego **załącznik nr 11** do zarządzenia,
 - h) Kwalifikacja i weryfikacja leczenia pierwotnych niedoborów odporności, stanowiącego **załącznik nr 12** do zarządzenia,
 - i) Kwalifikacja do leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), stanowiącego **załącznik nr 13** do zarządzenia,

- j) Kwalifikacja do leczenia aktywnej postaci ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), stanowiącego **załącznik nr 14** do zarządzenia.

§ 5. 1. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.

2. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia, a także w przepisach odrębnych.

2. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń.

3. Godziny pracy personelu, o których mowa w wymaganiach określonych w ust. 1, mogą się pokrywać z godzinami pracy tego personelu w macierzystym oddziale lub poradni, w których odbywa się realizacja danego programu zdrowotnego (lekowego).

§ 7. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w Wykazie podwykonawców, stanowiącym **załącznik nr 3 do umowy**.

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki wymagane od świadczeniodawców, określone w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.

3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach. Fundusz zobowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą, o którym mowa w ust. 1, lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy, służące wykonaniu

świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

6. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 5, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych.

§ 8. 1. Świadczeniodawca, realizując umowę, ma obowiązek:

- 1) monitorowania stanu świadczeniobiorcy uczestniczącego w programie zgodnie z opisami programów;
- 2) wykonania wszystkich badań diagnostycznych we wskazanych terminach wyszczególnionych w opisach programów;
- 3) prowadzenia dokumentacji dodatkowej w trybie i formie określonych w opisach programów ze szczególnym uwzględnieniem rejestru powikłań i działań niepożądanych występujących w trakcie realizacji programu;
- 4) przekazywania do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń danych, których zakres, formę i termin przekazania określa opis programu oraz umowa;
- 5) przechowywania oryginałów przekazanych danych w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;
- 6) przekazywania do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń, oryginału części A karty rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w programie lekowym, zwanej dalej „kartą”, stanowiącą **załącznik nr 15** do zarządzenia;
- 7) przechowywania oryginałów części B karty w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy (nie dotyczy programu lekowego „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B”).

2. Świadczeniodawca kwalifikuje świadczeniobiorcę do programu zgodnie z kryteriami określonymi w opisach programów.

3. Świadczeniodawca wyłącza świadczeniobiorcę z programu w przypadku braku efektu leczenia, bądź w razie spełnienia przez świadczeniobiorcę kryteriów wyłączenia wymienionych w opisach programów.

4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania każdej z substancji czynnych ujętych w katalogu leków zgodnie ze schematem dawkowania określonym w opisach programów.

5. W przypadku kwalifikacji lub monitorowania leczenia pacjenta przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub Zespół Koordynacyjny ds. Chorób

Ultrazadkowych, lub Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nadmiarów Żelaza w Organizmie, lub Zespół Koordynujący ds. leczenia pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych, lub Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), zgodnie z opisem programu, świadczeniodawca obowiązany jest do przekazywania dokumentów, których wzory określone są w opisach świadczeń kwalifikacji do programów lekowych, o których mowa w § 4 ust. 2 pkt 2 lit. a, c, g, h, j zarządzenia.

§ 9. 1. 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.

2. W celu realizacji obowiązku o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usług Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

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, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 5 ust. 3 umowy.

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

§ 10. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z **załącznikiem nr 2 do umowy**.

2. Wszelkie zmiany dotyczące personelu, o którym mowa w ust. 1, w okresie obowiązywania umowy, wymagają akceptacji Funduszu.

§ 11. 1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie

z harmonogramem – zasoby, stanowiącym **załącznik nr 2 do umowy**.

2. Harmonogram – zasoby powinien gwarantować prawo świadczeniobiorców do równego dostępu do świadczeń.

§ 12. W przypadku realizacji świadczenia określonego w poz. 59 **załącznika nr 4** do zarządzenia strategię postępowania wobec każdego pacjenta zarówno z wczesnym, jak i zaawansowanym chłoniakiem pierwotnie skórny, ustala się w ramach wielospecjalistycznej konsultacji dermatologicznej, hematologicznej lub onkologicznej. Jeżeli decyzja podjęta przez lekarzy przeprowadzających konsultacje wskazuje na możliwość leczenia w oddziale dermatologicznym, dalsze postępowanie powinno być prowadzone we współpracy z oddziałem hematologii lub onkologii. W pozostałych przypadkach leczenie powinno być prowadzone w oddziale hematologicznym lub onkologicznym. Procedury w zakresie chłoniaków pierwotnie skórnych T- i B-komórkowych w stadiach zaawansowanych (obecność nacieków, guzów, erytrodermii) mogą być realizowane w oddziale dermatologicznym, po uprzedniej wielospecjalistycznej ocenie chorego z udziałem hematologa lub onkologa, ewentualnie z oceną patomorfologiczną.

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

2. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu i sprawozdania będącego podstawą wystawienia rachunku.

3. Świadczeniodawca składa w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę:

- 1) rachunek w formie papierowej wraz z raportem statystycznym w formie elektronicznej;
- 2) sprawozdanie w formie elektronicznej dotyczące „Ewidencji faktur”, przekazywane do oddziału Funduszu co miesiąc zgodnie z formatem XML opublikowanym przez Fundusz, dotyczy wyłącznie faktur związanych z zakupem leków z katalogu leków.

4. Informacje zawarte w raporcie statystycznym powinny być zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach oraz z zasadami określonymi przez Prezesa Funduszu.

5. W ramach raportu statystycznego świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji

Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD 10 oraz procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych – ICD 9.

§ 14. 1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie programów lekowych rozlicza koszty badań diagnostycznych realizowanych w danym programie ryczałtem, określonym dla każdego programu w katalogu ryczałtów. Świadczenie to może być wykazywane w całości nie częściej niż raz w trakcie trwania okresu rozliczeniowego, w trakcie leczenia świadczeniobiorcy w ramach programu lub rozliczane w częściach wykonanych do wysokości nie wyższej niż wysokość kwoty określonej w katalogu ryczałtów.

2. Zasady rozliczania programów lekowych określa umowa.

§ 15. 1. Jednostką rozliczeniową jest punkt.

2. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

3. Należność za świadczenia stanowi sumę iloczynów:

- 1) liczby udzielonych świadczeń, ich wartości punktowych określonych w katalogu świadczeń, katalogu ryczałtów i ceny punktu, oraz
- 2) ilości substancji czynnych podanych świadczeniobiorcom w powiązaniu z lekami identyfikowalnymi poprzez kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN, wagi punktowej jednostki miary leków określonych w katalogu leków, ceny punktu i taryfy dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN określonej według wzoru:

$$T = \frac{L}{I}$$

gdzie:

T – taryfa,

L – cena z faktury zakupu leku dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN, nie wyższa niż wysokość limitu finansowania zgodna z aktualnym obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanym w dzienniku urzędowym Ministra Zdrowia, wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej, obowiązującym w dniu zastosowania (podania) leku,

I – liczba jednostek miary (jednostka miary zgodna z **załącznikiem nr 1m** do zarządzenia) w opakowaniu dla danego kodu EAN lub innego kodu

odpowiadającego kodowi EAN.

4. Rozliczeniu podlegają podane lub wydane świadczeniobiorcy leki w ilościach stanowiących ich wielokrotność bądź ułamek poszczególnych pozycji w katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych.

5. Ilości podanych lub wydanych świadczeniobiorcy leków muszą wynikać ze schematu dawkowania (opis programu) dla odpowiedniego parametru: masy ciała, powierzchni ciała, dawki indywidualnej lub bezpośredniej.

6. W przypadku świadczeń wykonywanych w trybie hospitalizacji dzień przyjęcia do leczenia oraz jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobdzień.

7. Świadczeniodawca ma prawo rozliczyć tylko taką ilość leku, która została podana lub wydana świadczeniobiorcom. Niewykorzystane części postaci leku nie podlegają rozliczeniu.

8. Należność dla danego zakresu świadczeń za bieżący okres sprawozdawczy przekazywana w rachunku może być większa niż wynikająca z ust. 3, w przypadku gdy należności za poprzednie okresy sprawozdawcze w okresie obowiązywania umowy były mniejsze niż określone w ust. 3. W tym przypadku łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie może być wyższa od sumy iloczynów liczb jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.

9. Należność z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń.

§ 16. 1. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez Fundusz.

2. Wystawienie faktury lub rachunku następuje na podstawie zatwierdzonego przez Fundusz raportu statystycznego.

3. Przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych lub przedstawienie ich w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności w zakresie rozliczenia, do którego Fundusz powziął zastrzeżenia.

§ 17. 1. Substancje czynne z katalogu leków określonych w **załączniku nr 1m** do zarządzenia rozliczane są łącznie ze świadczeniami z katalogu świadczeń, stanowiącym **załącznik nr 1k** do zarządzenia za wyjątkiem ust. 2.

2. Dopuszczalne jest, w przypadkach uzasadnionych medycznie, łączne

rozliczenie substancji z katalogu leków określonych w **załączniku nr 1m** do zarządzenia i świadczeń w ramach katalogu ryczałtów określonych w **załączniku nr 1l** do zarządzenia ze świadczeniami określonymi w:

- 1) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w ramach:
 - a) katalogu grup określonego w **załączniku nr 1a** do tego zarządzenia,
 - b) katalogu świadczeń odrębnych określonego w **załączniku nr 1b** do tego zarządzenia,
 - c) katalogu świadczeń uzupełniających określonego w **załączniku nr 1c** do tego zarządzenia,
 - d) katalogu radioterapii określonego w **załączniku nr 1d** do tego zarządzenia;
- 2) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii w ramach:
 - a) katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia określonego w **załączniku nr 1e** do tego zarządzenia,
 - b) katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii określonego w **załączniku nr 1n** do tego zarządzenia,
 - c) katalogu świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne – chemioterapia, określonego w **załączniku nr 1j** do tego zarządzenia.

3. Niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń określonych w katalogu świadczeń, stanowiącego **załącznik nr 1k** do zarządzenia, ze świadczeniami określonymi w:

- 1) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w ramach:
 - a) katalogu grup określonego w **załączniku nr 1a** do tego zarządzenia;
 - b) katalogu świadczeń odrębnych określonego w **załączniku nr 1b** do tego zarządzenia;
- 2) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii w ramach katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia określonego w **załączniku nr 1e** do tego zarządzenia.

4. Niedopuszczalne jest łączenie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe) ze świadczeniami w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

5. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczenia podlegające łącznemu rozliczeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów.

Rozdział 4

Postanowienia końcowe

§ 18. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie: programy zdrowotne (lekowe) zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zachowują swoją ważność na czas na jaki zostały zawarte.

§ 19. Do oświadczeń przekazywanych przez świadczeniodawców na podstawie § 4 ust. 3 umów, o których mowa w § 18, 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.

§ 20. 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.

§ 21. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2016 r.³⁾

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

³⁾ Niniejsze zarządzenie było poprzedzone zarządzeniem Nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), które utraciło moc obowiązującą z dniem wejścia w życie art. 1 pkt 53 ustawy z dnia 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).