

ZARZĄDZENIE NR 74/2018/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 31 lipca 2018 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 2017 r. poz. 1938, 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 umów 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 Funduszu;
- 3) **ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w załączniku do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730, 771, 858, 912, 932, 1115 i 1128.

z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

- 4) **osobodzień** – jednostkowa miara służąca do sprawozdawania produktów rozliczeniowych w katalogu świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia;
- 5) **punkt** – jednostkowa miara służąca do określenia wartości świadczeń opieki zdrowotnej - produktu rozliczeniowego (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 ogólnych warunkach umów;
- 8) **rozporządzenie** - rozporządzenie ministra właściwego do spraw 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 gwarantowane, o których mowa w § 6 rozporządzenia, udzielane w miejscu zamieszkania lub czasowego pobytu świadczeniobiorcy, w tym także w domach pomocy społecznej z wyłączeniem pobytu w stacjonarnych podmiotach wykonujących działalność leczniczą;
- 10) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów.

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 Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) 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, Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 5, str. 3., z późn. zm.²⁾) 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 następuje zgodnie z przepisami art. 148 ustawy o świadczeniach oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

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⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 329 z 17.12.2003, str. 1, str. 1 - Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 6, str. 72, w Dz. Urz. UE L 74 z 15.03.2008, str. 1 oraz w Dz. Urz. UE L 188 z 18.07.2009, str. 14.

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. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa, łącznie ze świadczeniami wykonywanymi w warunkach domowych.

§ 7. 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.

§ 8. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik 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 wymagania, o których mowa w § 6.

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 tym 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.

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

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

§ 10. 1. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.

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

3. 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.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, 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.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

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

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 11. 1. W ramach zakresu świadczeń: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego odbywa się na zasadach określonych w przepisach

rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

2. Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe jest realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną; rodzaje diet, zasady opieki nad dostępem do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego oraz zasady podaży kompletnej diety przemysłowej, a także zapobieganie, rozpoznawanie i postępowanie w przypadku powikłań winny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu oraz zaleceniami Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci.

3. W ramach wizyty personelu medycznego, w zakresach świadczeń: świadczenia w hospicjum domowym oraz świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, personel medyczny hospicjum domowego oraz hospicjum domowego dla dzieci jest każdorazowo obowiązany do przekładania świadczeniobiorcy lub członkowi jego rodziny, albo opiekunowi faktycznemu lub prawnemu „Karty wizyt w domu chorego”, której wzór określony jest **w załączniku nr 3** do zarządzenia, w celu potwierdzenia zrealizowanej wizyty.

4. Kartę, o której mowa w ust. 3, dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 12. 1. Warunki rozliczania świadczeń realizowanych w ramach umowy, określone są w ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. 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.

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

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

5. 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. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.

6. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawcę podlega weryfikacji w oddziale Funduszu.

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

8. Rachunek, o którym mowa w ust. 5, świadczeniodawca może przesłać w formie elektronicznej z wykorzystaniem Portalu 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.

§ 13. 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 objęcia opieką 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;
- 6) Fundusz finansuje świadczenia realizowane w ramach perinatalnej opieki paliatywnej do 28. dnia po porodzie na rzecz:
 - a) rodziców dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej,
 - b) noworodków, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do leczenia określonymi w załączniku nr 1 część III do rozporządzenia;
- 7) podstawą rozliczenia świadczeń w ramach perinatalnej opieki paliatywnej na rzecz rodziców dziecka będącego w fazie prenatalnej i tegoż dziecka, są wskazania medyczne opisane na skierowaniu wydanym przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;

- 8) dokumentacja medyczna prowadzona jest odrębnie dla każdego świadczeniobiorcy, któremu udzielona została porada lub konsultacja wraz z koordynacją opieki;
- 9) w ramach perinatalnej opieki paliatywnej w raporcie statystycznym sprawozdawana jest, wraz z określeniem terminu wykonanego świadczenia, numeru PESEL matki lub ojca jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – numeru innego dokumentu potwierdzającego tożsamość lub numeru PESEL dziecka, o ile został nadany albo numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość opiekuna faktycznego dziecka:
 - a) porada i konsultacja lekarska z kodem 5.15.00.0000163,
 - b) porada psychologiczna z kodem 5.15.00.0000164;
- 10) perinatalna opieka paliatywna rozliczana jest ze wskazaniem danych matki albo ojca, albo dziecka, albo opiekuna faktycznego, o których mowa w pkt 9, na koniec sprawowanej opieki, w której uwzględnione zostały koszty porad i konsultacji lekarskich, porad psychologa lub psychoterapeuty wraz z koordynacją opieki;
- 11) porada i konsultacja lekarska albo porada psychologiczna udzielana obojgu rodzicom w tym samym terminie traktowane są jako jedna porada.

§ 14. 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 lub 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.

Rozdział 4

Postanowienia końcowe

§ 15. 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.

§ 16. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w **załączniku nr 2** do niniejszego zarządzenia.

§ 17. Dyrektorzy oddziałów Funduszu zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

§ 18. Traci moc 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.

§ 19. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2018 r.

**Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Z-ca Prezesa ds. Służb Mundurowych**

Dariusz Tereszkowski-Kamiński

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