

ZARZĄDZENIE Nr 78/2018/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 7 sierpnia 2018 r.

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

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 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** – dokument, o którym mowa w art. 32a 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.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 3) **katalog zakresów i świadczeń** – wykaz zakresów świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez świadczeniodawcę w rodzaju świadczeń: programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, stanowiący **załącznik nr 1** do zarządzenia;

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, 107,138, 650, 697, 730, 771, 858, 912, 932, 1115 i 1128.

- 4) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 5) **ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 6) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 7) **rozporządzenie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 8) **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 i umowy

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

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. UE L 340 z dnia 16.12. 2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz z zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

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

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

- 1) program profilaktyki raka szyjki macicy, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 3** do zarządzenia;

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

2. Etapy programów stanowiące zakresy świadczeń w poszczególnych profilaktycznych programach zdrowotnych, określone są w Katalogu zakresów i świadczeń.

3. Szczegółowy zakres finansowania świadczeń w poszczególnych programach, o których mowa w ust. 1, określony jest odpowiednio w **załącznikach nr 3 – 6** do zarządzenia.

§ 5. 1. Postępowanie, o którym mowa w § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń 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 art. 148 ustawy o świadczeniach, w tym z przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 6. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, o której mowa w § 1 pkt 2, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności: realizacja świadczeń profilaktyki pierwotnej i wtórnej, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, w zakresach będących przedmiotem postępowań, określonych

w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

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

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

§ 7. 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.

§ 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.

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 niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu.

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 wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

§ 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. 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.

3. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 2, 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.

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

5. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 3, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 3 **załącznika nr 2** do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

6. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 3, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

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

- 1) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki;
 - 2) program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy;
 - 3) program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki
- konieczna jest dodatkowo weryfikacja uprawnień do udzielenia świadczenia profilaktycznego, dokonana w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) poprzez aplikację internetową udostępnioną przez Oddział Funduszu.

§ 10. 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 – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** lub **2a** do umowy.

3. 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 mammobusów, świadczeniodawca wprowadza do Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) i zatwierdza dane w aplikacji. Oddział 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 Funduszu może wskazać świadczeniodawcy propozycję zmiany niektórych miejsc pobyków mammobusów. Ustalone w wyniku porozumienia pomiędzy Oddziałem Funduszu, a świadczeniodawcą zmiany, świadczeniodawca wprowadza do SIMP i zatwierdza. Po zaakceptowaniu wszystkich pobyków przez Oddział Funduszu, świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazania podpisanego dokumentu do Oddziału Wojewódzkiego.

4. 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.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, 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.

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

7. 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.

§ 11. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 4, jest punkt.

3. 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.

4. W przypadku prowadzenia sprawozdawczości 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.

5. 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.

§ 12. 1. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10;
- 2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

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

3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 2, winny być zgodne pod względem liczby wykazanych świadczeń z raportem statystycznym, o którym mowa w § 11 ust. 3.

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

§ 13. 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 w 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.

Rozdział 4

Postanowienia końcowe

§ 14. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.

§ 15. 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 programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 16. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

§ 17. Traci moc zarządzenie Nr 67/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

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

PREZES

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Andrzej Jacyna

Spis załączników:

- 1) **Załącznik nr 1** – Katalog zakresów i świadczeń;
- 2) **Załącznik nr 2** – Wzór umowy;
- 3) **Załącznik nr 3** – Warunki finansowania programu profilaktyki raka szyjki macicy;
- 4) **Załącznik nr 4** – Warunki finansowania programu profilaktyki raka piersi;
- 5) **Załącznik nr 5** - Warunki finansowania programu badań prenatalnych;
- 6) **Załącznik nr 6** - Warunki finansowania programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - zwanej dalej „POChP”).