

**ZARZĄDZENIE NR 196/2021/DSOZ  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 10.12.2021 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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.<sup>1)</sup>) 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 4) **osobodzień** – jednostkowa miara służąca do sprawozdawania produktów rozliczeniowych określona 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 podmiotach udzielających świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych;
- 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.

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981 i 2120.

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

3. Wzór umowy określony jest w **załączniku 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 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”, określonym w załączniku 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”, określonym 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 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 o świadczeniach.

5. Fundusz 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 Upoważnień 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 § 6 ust. 3 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, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

2. Żywienie 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 przedkładania 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 świadczeniobiorcy.

**§ 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. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

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

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

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

8. Każda porada lekarza i psychologa oraz wizyta pielęgniarki i fizjoterapeuty realizowana w warunkach domowych lub w poradni medycyny paliatywnej jest sprawozdawana w raporcie statystycznym wraz z datą i kodem określonym w **załączniku nr 4** do zarządzenia - *Kody do sprawozdawania porad i wizyt lekarskich, pielęgniarskich, fizjoterapeuty i psychologa*.

9. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, po przekroczeniu kwoty zobowiązania określonej w umowie dla zakresu, w którym udzielono tych świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, zwiększeniu ulegają liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania w tym zakresie, z zastrzeżeniem, że liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych i wartość odpowiadającą świadczeniom udzielonym świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia ponad kwotę zobowiązania w tym kwartale.

**§ 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) jeżeli w trakcie pobytu w hospicjum stacjonarnym/ oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum domowym, hospicjum domowym dla dzieci, pacjent musiał być skierowany do szpitala, wówczas powrót ze szpitala traktowany jest jako kontynuacja opieki w hospicjum i nie jest wymagane nowe skierowanie;
- 4) pierwsza wizyta lub porada musi się odbyć w dniu objęcia pacjenta opieką przez hospicjum domowe;
- 5) w razie korzystania przez świadczeniobiorcę z przepustki, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu świadczeniobiorcy w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej, z zastrzeżeniem pkt 6 i 7;
- 6) w okresie korzystania z przepustki, świadczeniodawca wyposaża świadczeniobiorcę w leki i wyroby medyczne;
- 7) Fundusz finansuje czas przebywania świadczeniobiorcy na przepustce do 2 dni w miesiącu; informację o udzielonej przepustce świadczeniodawca odnotowuje w dokumentacji medycznej indywidualnej świadczeniobiorcy;

- 8) 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;
- 9) 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;
- 10) dokumentacja medyczna prowadzona jest odrębnie dla każdego świadczeniobiorcy, któremu udzielona została porada lub konsultacja wraz z koordynacją opieki;
- 11) 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 określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia,
  - b) porada psychologiczna z kodem określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia;
- 12) perinatalna opieka paliatywna rozliczana jest ze wskazaniem danych matki albo ojca, albo dziecka, albo opiekuna faktycznego, o których mowa w pkt 11, na koniec sprawowanej opieki, w której uwzględnione zostały koszty porad i konsultacji lekarskich, porad psychologa lub psychoterapeuty wraz z koordynacją opieki;
- 13) 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, o których mowa w § 18, 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 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.

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

#### **PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Bernard Waśko

W zastępstwie Prezesa  
Narodowego Funduszu Zdrowia

*/Dokument podpisano elektronicznie/*