

Zarządzenie Nr 99/2011/DSOZ

Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 listopada 2011 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 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1.

Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

§ 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:
 - 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
 - 2) **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
 - 3) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842 i Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 225 poz. 1465, Nr 238, poz. 1578, Nr 257 poz. 1723 i 1725 oraz z 2011r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887 i Nr 171 poz. 1016.

- 4) **osobodzień** – jednostkowa miara służąca do rozliczania świadczeń opisanych w załączniku nr 1 do zarządzenia;
 - 5) **przepustka** – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza hospicjum stacjonarnym oraz oddziałem medycyny paliatywnej, bez potrzeby wypisywania go z podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
 - 6) **świadczenia** - świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna, realizowane w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych;
 - 7) **świadczenia wykonywane w warunkach domowych** - świadczenie udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, w tym w domach pomocy społecznej z wyłączeniem pobytu w stacjonarnych podmiotach wykonujących działalność leczniczą;
 - 8) **ustawa** – ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1138 z późn. zm.²), zwanym dalej „rozporządzeniem”.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3.

Przedmiotem postępowania jest wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą realizowali świadczenia w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

² Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. Nr 211, poz. 1640 oraz z 2011 r. Nr 27, poz. 139.

§ 4.

1. Przedmiotem umowy ze świadczeniodawcą jest realizacja świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz. Umowa określa również zasady ich rozliczania.
2. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi **załącznik nr 2 do zarządzenia**.
3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 5.

Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 4, musi spełniać wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych, w zależności od przedmiotu umowy.

§ 6.

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, przedmiot umów obejmuje 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) 85141200-1 - Usługi świadczone przez pielęgniarki.

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 7.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”.

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i w zarządzeniu.
3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie oddziału wojewódzkiego Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział wojewódzki Funduszu informuje świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 3 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą wymaga pisemnego zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

§ 8.

1. Umowę o udzielanie świadczeń w zakresach świadczeń, o których mowa w § 3, zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.
2. Jeżeli świadczeniodawca udziela świadczeń w różnych miejscach na podstawie umowy, o której mowa w § 4, każde z nich musi spełniać wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia.
3. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna udzielane w warunkach domowych, realizowane są we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej oraz z położną podstawowej opieki zdrowotnej.
4. Dopuszczalne jest łączenie realizacji świadczeń zawartych w katalogu zakresów świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej ze świadczeniami zawartymi w:
 - 1) katalogu świadczeń odrębnie kontraktowanych z wyłączeniem:
 - a) żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym;
 - b) tlenoterapii w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym oraz hospicjum domowego, w tym również dla dzieci;
 - 2) ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
 - 3) psychiatrii ambulatoryjnej;
 - 4) stomatologii;

- 5) radioterapii.
5. W przypadku zlecenia przez świadczeniodawcę świadczeń gwarantowanych wymienionych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141 z późn. zm. ³⁾), zlecenie musi być zgodne z tym załącznikiem oraz z załącznikiem nr 1,4 i 5 do aktualnego zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi.

§ 9.

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń zgodnie z harmonogramem pracy stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.
2. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczenioborcy za jakość udzielonego świadczenia.
3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczenioborcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokumentu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie oraz dokumentacji wymaganej warunkami niniejszego zarządzenia.

³⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 31, poz. 166 oraz z 2011 r. Nr 23, poz. 127.

Rozdział 4

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej

§ 10.

Każdy świadczeniobiorca w schyłkowym okresie życia, skierowany do udzielania świadczeń, musi być objęty opieką lub należy mu wskazać innego świadczeniodawcę, właściwego ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania. Każde zgłoszenie świadczeniobiorcy musi być odnotowane w dokumentacji prowadzonej przez świadczeniodawcę.

Rozdział 5.

Zasady udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

§ 11.

1. Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej; świadczenia w hospicjum stacjonarnym:

- 1) oddział medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarne nie może funkcjonować w ramach innego oddziału szpitalnego;
- 2) w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym udzielane są świadczenia świadczeniobiorcom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące schorzenia wskazane w **załączniku nr 1** do rozporządzenia;
- 3) ostateczną decyzję o objęciu świadczeniobiorcy opieką paliatywną i hospicyjną podejmuje lekarz oddziału medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego;
- 4) kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia:
 - a) dojelitowego odbywa się w szpitalu lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe,
 - b) pozajelitowego odbywa się w szpitalu;
- 5) żywienie dojelitowe i pozajelitowe dotyczy świadczeniobiorców, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną diety kuchennej, wymagają długotrwałego przewidywanego dłużej niż 30 dni, podawania substancji odżywczych tj. białka lub źródeł białka, tłuszczów, węglowodanów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody, w sposób inny niż doustnie przy użyciu kompletnej diety przemysłowej; ilość diety powinna być

- dostosowana do aktualnego zapotrzebowania białkowo-energetycznego chorego, przy czym jej ilość docelowo (nie dłużej niż w ciągu 14 dni) nie może być mniejsza niż 20 kcal/kg masy ciała w przypadku osoby dorosłej;
- 6) żywienie dojelitowe może być zastosowane u chorych, u których wytworzono dostęp sztuczny do przewodu pokarmowego, gdyż nie jest możliwe odżywianie drogą doustną, przy zachowanej czynności przewodu pokarmowego;
 - 7) żywienie pozajelitowe jest stosowane u chorych, u których niemożliwe jest żywienie przez przewód pokarmowy; wszystkie niezbędne substancje odżywcze w przypadku żywienia pozajelitowego podawane są drogą dożylną;
 - 8) chory żywiony dojelitowo i pozajelitowo powinien być monitorowany w celu oceny skuteczności leczenia, objawów niepożądanych oraz stanu zdrowia, którego zmiany mogą wymagać modyfikacji leczenia żywieniowego; monitorowanie powinno odbywać się zgodnie z indywidualnym planem leczenia i obejmować stan ogólny i stan metaboliczny chorego ze szczególną oceną tych narządów i układów, których czynność może ulec upośledzeniu z powodu prowadzonego leczenia lub choroby podstawowej;
 - 9) przy żywieniu drogą inną niż naturalna, świadczeniodawca wykonuje badania zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta, nie rzadziej niż 1 raz na 3 miesiące:
 - a) jonogram (sód, potas, magnez, fosfor, wapń),
 - b) glikemia,
 - c) lipidogram,
 - d) mocznik i kreatynina,
 - e) morfologia z rozmazem,
 - f) próby wątrobowe: Aspat, Alat, GGTP, fosfataza alkaliczna,
 - g) układ krzepnięcia (APTT, INR);
 - 10) żywienie dojelitowe i pozajelitowe powinno być realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną; rodzaje diet, zasady opieki nad dostępem do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego oraz zasady podaży diety, a także zapobieganie, rozpoznawanie i postępowanie w przypadku powikłań powinny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

2. Świadczenia w hospicjum domowym:

- 1) wizyta personelu hospicjum domowego odbywa się po uzgodnieniu terminu ze świadczeniobiorcą lub rodziną lub opiekunem;
- 2) każda wizyta personelu hospicjum domowego jest potwierdzana przez chorego lub jego rodzinę lub opiekuna według wzoru stanowiącego **załącznik nr 4** do zarządzenia;
- 3) w trakcie sprawowania opieki, podczas każdej wizyty, chorzy i ich rodziny/opiekunowie otrzymują dokładne zalecenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego i leczniczego; otrzymują także informację o numerach telefonów personelu hospicjum domowego, gotowego do udzielenia porad telefonicznych w każdym dniu tygodnia i w razie potrzeby do udzielenia wizyty w domu oraz są informowani o innych formach opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz zasadach jej prowadzenia;
- 4) personel hospicjum domowego udziela świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczeniobiorcom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące schorzenia wskazane w **załączniku nr 1** do rozporządzenia;
- 5) do realizacji świadczeń niezbędne jest posiadanie pomieszczenia biurowego, sekretarki automatycznej z faksem, pomieszczenia na leki, materiały opatrunkowe i sprzęt medyczny oraz telefonów komórkowych dla lekarzy i pielęgniarek;
- 6) ostateczną decyzję o objęciu świadczeniobiorcy dorosłego oraz dziecka opieką paliatywną i hospicyjną podejmuje lekarz hospicjum.

3. Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci:

- 1) wizyta personelu hospicjum domowego dla dzieci odbywa się po uzgodnieniu ze świadczeniobiorcą lub rodziną lub opiekunem;
- 2) każda wizyta personelu hospicjum domowego jest potwierdzana przez chorego lub jego rodzinę lub opiekuna według wzoru stanowiącego **załącznik nr 4** do zarządzenia;
- 3) ogólne kryteria przyjęcia dziecka do hospicjum domowego:
 - a) schyłkowy okres choroby nieuleczalnej,
 - b) wiek poniżej 18 lat,
 - c) świadczeniobiorcą zajmuje się przynajmniej jeden stały opiekun, który może sprawować całodobową opiekę w domu chorego;
- 4) w trakcie sprawowania opieki, podczas każdej wizyty, chorzy i ich rodziny/

opiekunowie otrzymują dokładne zalecenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego i leczniczego; otrzymują także informacje o numerach telefonów personelu hospicjum domowego gotowego do udzielenia porad telefonicznych w każdym dniu tygodnia i w razie potrzeby do udzielenia wizyty w domu oraz są informowani o innych formach opieki paliatywnej i hospicyjnej i o zasadach jej prowadzenia;

- 5) personel hospicjum domowego dla dzieci udziela świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej dzieciom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące schorzenia ograniczające życie, wskazane w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 6) świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci są również udzielane świadczeniobiorcom, o których mowa w części II pkt 3 ppkt 6 załącznika nr 2 do rozporządzenia;
- 7) do realizacji świadczeń niezbędne jest posiadanie pomieszczenia biurowego, sekretarki automatycznej z faksem, pomieszczenia na leki, materiały opatrunkowe i sprzęt medyczny oraz telefonów komórkowych dla lekarzy i pielęgniarek.
- 8) ostateczną decyzję o objęciu świadczeniobiorcy dorosłego oraz dziecka opieką paliatywną i hospicyjną podejmuje lekarz hospicjum.

4. Świadczenia w poradni medycyny paliatywnej - porady / wizyty domowe nie powinny być realizowane częściej niż dwa razy w tygodniu. Świadczeniobiorcy, którzy wymagają częstszych wizyt lub ciągłej, profesjonalnej opieki mogą być kierowani do hospicjum stacjonarnego.

Rozdział 6

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 12.

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.
2. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku.
3. Świadczeniodawca składa do oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, rachunek na piśmie oraz raport statystyczny w formie elektronicznej w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.

4. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez oddział wojewódzki Funduszu.
5. Jednostką rozliczeniową w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest osobdzień lub porada.
6. Sposobem rozliczania świadczeń jest zapłata za osobdzień lub poradę.
7. W przypadku świadczeniobiorców, żywionych dojelitowo przez oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,2**.
8. W przypadku świadczeniobiorców, żywionych pozajelitowo przez oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,7**.
9. Współczynniki, o których mowa w ust. 7,8 przelicza się od ceny osobodnia ustalonej w umowie. Współczynniki te nie podlegają sumowaniu.

§ 13.

Przedstawiając świadczenia do zapłaty, świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

- 1) do rozliczenia pobyków w zakładach stacjonarnych i opieki domowej wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane; przez osobdzień „faktycznie wykonany” rozumie się każdy rozpoczęty osobdzień pobytu w zakładzie stacjonarnym i opiece domowej;
- 2) dzień przyjęcia do opieki i dzień jej zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobdzień;
- 3) jeżeli świadczeniobiorca przebywa na przepustce, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu świadczeniobiorcy w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej.

§ 14.

1. W przypadku realizacji w ramach sprawowanej opieki, świadczeń:

- 1) odrębnie kontraktowanych z wyłączeniem:
 - a) żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym;
 - b) tlenoterapii w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym oraz hospicjum domowego, w tym również dla dzieci;

- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 3) psychiatrii ambulatoryjnej;
- 4) opieki stomatologicznej;
- 5) radioterapii;

- możliwe jest rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie na podstawie odrębnych umów.

2. 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.

§ 15.

1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w umowie.
2. W ramach realizowanej umowy zawartej z Funduszem, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach.
3. Świadczeniodawca zobowiązany 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.
4. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych umową.

§ 16.

Z dniem 31 grudnia 2011 r. traci moc zarządzenie Nr 63/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

§ 17.

Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2012 r.

§ 18.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Z up. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Został: Prezes Zarządu
Jacek Paszkiewicz

Maciej Dworski

Uzasadnienie

Przedmiotowe zarządzenie, stanowi wypełnienie delegacji ustawowej zawartej w art.146 ust.1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164 poz.1027 z późn. zm.), zgodnie z którą Prezes Narodowego Funduszu określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju, określając przy tym zakres tych świadczeń oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Należy zwrócić uwagę, iż w tym przypadku pojęcia „rodzaj” i „zakres” rozumiane są w znaczeniu nadanym im rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), z uwagi na przedmiot projektowanego zarządzenia.

Projektowane zarządzenie w szczególności reguluje kwestie związane z finansowaniem i rozliczaniem udzielonych świadczeń, precyzując przy tym zasady współpracy pomiędzy płatnikiem publicznym a świadczeniodawcą.

Proponuje się, aby projektowane zarządzenie weszło w życie z dniem podpisania, a jego przepisy miały zastosowanie do postępowań w sprawie zawarcia i zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2012 r.