

ZARZĄDZENIE NR 73/2013/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 9 grudnia 2013 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 2004 r. 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 zawarcia 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) **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, 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, Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 125, poz. 842, Nr 107, poz. 679, Nr 165, poz. 1116, Nr 127, poz. 857, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578, Nr 257, poz. 1723, Nr 182, poz. 1228, Nr 257, poz. 1725, z 2011 r. 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, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290.

- 3) **osobodzień** – jednostkowa miara służąca do rozliczania świadczeń określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia;
- 4) **przepustka** – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza hospicjum stacjonarnym lub oddziałem medycyny paliatywnej, bez potrzeby wypisywania go z hospicjum lub oddziału;
- 5) **świadczenia** - świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna realizowane w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych;
- 6) **świadczenia wykonywane w warunkach domowych** - świadczenia udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, w tym w domu pomocy społecznej z wyłączeniem pobytu w stacjonarnych podmiotach wykonujących działalność leczniczą;
- 7) **ustawa** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz.1347), zwanym dalej „rozporządzeniem”.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. Przedmiot postępowania, o którym mowa w § 1 stanowi wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą udzielali świadczeń w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

§ 4. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń stanowi:

- 1) realizacja świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz;
- 2) zasady rozliczania udzielonych świadczeń.

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, obowiązany jest spełniać wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz przepisach odrębnych.

§ 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, 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.

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”, którego wzór określa załącznik nr 3 do umowy, o której mowa w § 4.

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych.

3. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera 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 o jej wynikach.

4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w wykazie, o którym mowa w ust. 1 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 załączniku nr 1 do zarządzenia, 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 winno 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, pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej oraz położną podstawowej opieki zdrowotnej.

4. Realizacja świadczeń zawartych w katalogu zakresów świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej dopuszczalna jest łącznie ze świadczeniami określonymi w:

1) katalogu świadczeń 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, hospicjum stacjonarnym lub w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia;

2) ambulatoryjnej opiece specjalistycznej;

3) psychiatrii ambulatoryjnej;

4) stomatologii;

5) radioterapii paliatywnej (teleradioterapii paliatywnej) w trybie ambulatoryjnym;

6) chemioterapii paliatywnej w trybie ambulatoryjnym.

§ 9. 1. Świadczeniodawca udziela świadczeń zgodnie z harmonogramem stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy, o której mowa w § 4.

2. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.

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

4. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale wojewódzkim Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji

Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającą występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy.

6. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 5, świadczeniodawca składa w oddziale wojewódzkim Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

7. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 5, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, oddział wojewódzki Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 7 ust. 4 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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

9. Świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz warunkami określonymi w niniejszym zarządzeniu.

Rozdział 4

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej

§ 10. Świadczeniobiorcę posiadającego skierowanie do umieszczenia w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej, albo do objęcia opieką w hospicjum domowym lub w poradni medycyny paliatywnej, obejmuje się opieką lub wskazuje mu się innego świadczeniodawcę, właściwego ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania. Każde zgłoszenie świadczeniobiorcy odnotowuje się w dokumentacji prowadzonej przez świadczeniodawcę.

Rozdział 5.

Zasady udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

§ 11. 1. Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub świadczenia w hospicjum stacjonarnym udzielane są zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) oddział medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarne nie funkcjonuje w ramach innego oddziału szpitalnego;
- 2) w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym udzielane są świadczenia cierpiącym na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu

przyczynowemu, postępujące schorzenia wskazane w **załączniku nr 1** do rozporządzenia;

- 3) ostateczną decyzję o objęciu świadczeniobiorcy opieką paliatywną i hospicyjną podejmuje lekarz udzielający świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym;
- 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 przewidywanego długotrwałego, tj. stosowanego 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 winna 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 brak jest możliwości żywienia przez przewód pokarmowy; wszystkie niezbędne substancje odżywcze w przypadku żywienia pozajelitowego podawane są drogą dożylną;
- 8) chory żywiony dojelitowo i pozajelitowo jest monitorowany w celu oceny skuteczności leczenia, objawów niepożądanych oraz stanu zdrowia, którego zmiany mogą wymagać modyfikacji leczenia żywieniowego; monitorowanie odbywa się zgodnie z indywidualnym planem leczenia i obejmuje 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) stosując żywienie drogą inną niż naturalna, świadczeniodawca wykonuje badania zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta, nie rzadziej niż 1 raz na 3 miesiące, obejmujące:

- a) jonogram (sód, potas, magnez, fosfor, wapń),
 - b) glikemię,
 - c) lipidogram,
 - d) mocznik i kreatyninę,
 - e) morfologię z rozmazem,
 - f) próby wątrobowe: Aspat, Alat, GGTP, fosfatazę alkaliczną,
 - g) układ krzepnięcia (APTT, INR);
- 10) 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 diety, a także zapobieganie, rozpoznawanie i postępowanie w przypadku powikłań winny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego;
- 11) za zgodą lekarza oraz kierownika oddziału medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego, świadczeniobiorcy może być udzielona przepustka. W okresie korzystania z przepustki, świadczeniodawca wyposaża świadczeniobiorcę w leki i wyroby medyczne;
- 12) świadczeniodawca odnotowuje w dokumentacji medycznej indywidualnej świadczeniobiorcy, informację o udzielonej przepustce, o której mowa w pkt 11. Czas przebywania świadczeniobiorcy na przepustce nie może być dłuższy niż 2 dni w miesiącu.

2. Świadczenia w hospicjum domowym udzielane są zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) wizyta personelu hospicjum domowego odbywa się po uzgodnieniu terminu ze świadczeniobiorcą, członkiem jego rodziny lub opiekunem;
- 2) wizyta personelu hospicjum domowego jest każdorazowo potwierdzana przez chorego, członka jego rodziny lub opiekuna - z zastosowaniem „Karty wizyt w domu chorego”, której wzór określony jest w **załączniku nr 4** do zarządzenia;
- 3) w trakcie sprawowania opieki, podczas każdej wizyty, chorzy i członkowie ich rodzin lub opiekunowie otrzymują zalecenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego i leczniczego, informacji o numerach telefonów personelu hospicjum domowego, udzielenia porad telefonicznych w każdym dniu tygodnia i w razie potrzeby, udzielenia wizyty w domu, innych form opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz zasad jej prowadzenia;

- 4) personel hospicjum domowego udziela świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczeniobiorcom cierpiącym na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące schorzenia wskazane w **załączniku nr 1** do rozporządzenia;
- 5) świadczeniodawca udzielający świadczeń obowiązany jest dysponować:
 - a) pomieszczeniem przystosowanym do przechowywania leków, materiałów opatrunkowych, sprzętu medycznego i pomocniczego, oraz
 - b) telefonami komórkowymi udostępnianymi lekarzom i pielęgniarkom;
- 6) ostateczną decyzję o objęciu świadczeniobiorcy dorosłego lub dziecka opieką paliatywną i hospicyjną podejmuje lekarz udzielający świadczeń w hospicjum domowym.

3. Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci udzielane są zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) wizyta personelu hospicjum domowego dla dzieci odbywa się po uzgodnieniu terminu ze świadczeniobiorcą, członkiem jego rodziny lub opiekunem;
- 2) wizyta personelu hospicjum domowego dla dzieci jest każdorazowo potwierdzana przez chorego, członka jego rodziny lub opiekuna - z zastosowaniem „Karty wizyt w domu chorego”, której wzór określony jest w **załączniku nr 4** do zarządzenia;
- 3) przyjęcie dziecka do hospicjum domowego odbywa się z zastosowaniem kryteriów:
 - a) schyłkowego okresu choroby nieuleczalnej,
 - b) wieku poniżej 18. roku życia,
 - c) pozostawania świadczeniobiorcy pod opieką przynajmniej jednego stałego opiekuna, mogącego sprawować całodobową opiekę w domu świadczeniobiorcy;
- 4) w trakcie sprawowania opieki, podczas każdej wizyty, chorzy, członkowie ich rodzin lub opiekunowie otrzymują zalecenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego i leczniczego, 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 o innych formach opieki paliatywnej i hospicyjnej i zasadach jej prowadzenia;
- 5) personel hospicjum domowego dla dzieci udziela świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej dzieciom cierpiącym na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu

przyczynowemu, 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 ust. 4 pkt 6 **załącznika nr 2** do rozporządzenia;

7) świadczeniodawca udzielający świadczeń obowiązany jest dysponować:

a) pomieszczeniem przystosowanym do przechowywania leków, materiałów opatrunkowych, sprzętu medycznego i pomocniczego, oraz

b) telefonami komórkowymi udostępnianymi lekarzom i pielęgniarkom;

8) decyzję o objęciu świadczeniobiorcy dorosłego oraz dziecka opieką paliatywną i hospicyjną podejmuje lekarz udzielający świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci.

4. Świadczenia w poradni medycyny paliatywnej udzielane są zgodnie z następującymi zasadami:

1) porady lub wizyty domowe realizowane są nie częściej niż dwa razy w tygodniu;

2) świadczeniobiorcy wymagający wizyt częstszych, niż określone w pkt 1 lub ciągłej opieki mogą być kierowani do podmiotów realizujących inne formy opieki paliatywno-hospicyjnej.

Rozdział 6

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 12. 1. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w Planie rzeczowo – finansowym, którego wzór stanowi **załącznik nr 1** do umowy, o której mowa w § 4.

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

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

4. Świadczeniodawca składa do oddziału wojewódzkiego 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, z zastrzeżeniem ust. 11. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.

5. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji w oddziale wojewódzkim Funduszu.

6. Jednostką rozliczeniową w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest osobodzień lub porada.

7. Sposobem rozliczania świadczeń jest zapłata za osobodzień lub poradę.

8. W przypadku świadczeniobiorców żywionych dojelitowo w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,2**.

9. W przypadku świadczeniobiorców, żywionych pozajelitowo w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,7**.

10. Podstawę zastosowania współczynników, o których mowa w ust. 8 i 9 stanowi cena osobodnia ustalona w umowie, o której mowa w § 4. Współczynniki nie podlegają sumowaniu.

11. Rachunek, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca może przesłać w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 13. 1. 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 (każdy rozpoczęty osobodzień pobytu w zakładzie stacjonarnym i opiece domowej);
- 2) dzień przyjęcia do opieki 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.

§ 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 i 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.

§ 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, o której mowa w § 4.

2. W ramach realizowanej umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach.

3. Świadczeniodawca obowiązany 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 2013 r. traci moc zarządzenie Nr 79/2011/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.

§ 17. Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczących udzielania świadczeń od dnia 1 stycznia 2014 r.

§ 18. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

PREZES

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Agnieszka Pachciarz