

ZARZĄDZENIE NR 54/2024/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 29 maja 2024 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 2024 r. poz. 146) zarządza się, co następuje:

§ 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.

§ 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 i n., 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.

§ 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 Upnień 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 wnioski 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 w zakresach świadczeń objętych umową, 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 z tytułu realizacji umowy w tym zakresie.

§ 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 porada lekarska 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) świadczeniodawca zobowiązany jest do przeprowadzać i dokumentować zasadność kwalifikacji świadczeniobiorcy do kontynuacji opieki paliatywnej i hospicyjnej w hospicjum stacjonarnym/ oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum domowym, hospicjum domowym dla dzieci nie rzadziej niż co 3 miesiące.
- 15) porada pierwszorazowa w poradni medycyny paliatywnej odbywa się z udziałem lekarza.

§ 14. 1. Dopuszcza się w ramach sprawowanej opieki rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie na podstawie odrębnych umów:

- 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 i brachyterapii paliatywnej) w trybie ambulatoryjnym i jednodniowym;
- 6) paliatywnego leczenia systemowego (chemioterapii, immunoterapii, leczenia ukierunkowanego molekularnie i hormonoterapii) w trybie ambulatoryjnym i jednodniowym;
- 7) pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej - w zakresie świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej - w odniesieniu do zakresu świadczeń poradni medycyny paliatywnej;

2. W przypadku udzielania świadczeń paliatywnego leczenia systemowego (chemioterapii, immunoterapii, leczenia ukierunkowanego molekularnie i hormonoterapii) w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji onkologicznej lub świadczeń teleradioterapii paliatywnej w trybie hospitalizacji lub brachyterapii 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. 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 196/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

§ 19. Zarządzenie wchodzi w życie 1 lipca 2024 r.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 54/2024/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 maja 2024 r.

Katalog Świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej

Lp.	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod produktu rozliczeniowego	waga punktowa produktu rozliczeniowego	Taryfa
1	świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym	15.4180.021.02	punkt	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym	5.15.00.0000146	x	7,19
				Porada kwalifikacyjna do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego	5.15.00.0000234	x	1,74
				Żywienie dojelitowe w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym	5.15.00.0000235	1,83	x
				Kompletne żywienie pozajelitowe w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym	5.15.00.0000236	3,65	x
2	świadczenia w hospicjum domowym	15.2180.027.02	punkt	Osobodzień w hospicjum domowym	5.15.00.0000149	x	1,08
				Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego	5.15.00.0000237	x	2,77
3	świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	15.2181.027.02	punkt	Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	5.15.00.0000150	x	1,94
				Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci	5.15.00.0000238	x	2,77
4	porada w poradni medycyny paliatywnej	15.1180.007.02	punkt	Porada lekarska w poradni medycyny paliatywnej (nie mniej niż 20 min)	5.15.00.0000239	x	1,50
				Wizyta pielęgniarki w poradni medycyny paliatywnej (nie mniej niż 20 min)	5.15.00.0000240	x	1,16
				Porada psychologa w poradni medycyny paliatywnej (nie mniej niż 40 min)	5.15.00.0000241	x	1,11
				Porada pierwszorazowa w poradni medycyny paliatywnej (nie mniej niż 50 min)	5.15.00.0000242	x	1,72

				Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	5.15.00.0000243	x	2,85
				Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	5.15.00.0000244	x	1,52
				Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	5.15.00.0000245	x	1,36
5	perinatalna opieka paliatywna	15.2181.028.02	punkt	Kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej	5.15.00.0000161	x	27,29

Taryfa uwzględniona na podstawie załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 marca 2024 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna oraz załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 28 marca 2024 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 54/2024/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 maja 2024 r.

UMOWA Nr/.....

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ- OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: (wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej) – (wskazanie stanowiska) (nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w** (*adres*), na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw¹⁾ nr z dnia / i nr z dnia, zwanym dalej „**Funduszem**”,

a

.....,
(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.)”,

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresie określonym w załączniku nr 1 do umowy.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:

a) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,

b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, wydanym na podstawie art. 31 d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”,
- ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest do zapoznania z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów, wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji Świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń udzielane są:

- 1) przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”;
- 2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

¹⁾ Brak treści przypisu

2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram - zasoby”.

3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.

4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i warunkach zawierania umów.

5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 3 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

8. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

§ 3. Świadczeniodawca jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia r. do dnia r. wynosi maksymalnie zł (słownie: zł).

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.

3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 lub ust. 4 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4d, 4e Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

4. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1 do umowy**.

5. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń, Fundusz przekazuje na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego:

nr

6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy.

7. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

8. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu, wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

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

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

1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);

2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9)

– w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

KARY UMOWNE

§ 6. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte refundacją, osobom nieuprawnionym lub przez osobę nieuprawnioną, lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.), finansowanych w całości lub w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 lub 4 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4d, 4e Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości 5% tych środków.

6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1-5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 9. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzeń, o których mowa w § 1 ust. 2.

§ 10. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 11. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

- 1) **Załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy.
- 2) **Załącznik nr 2 do umowy** – Harmonogram-zasoby.
- 3) **Załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz podwykonawców.
- 4) **Załącznik nr 4 do umowy** – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

Fundusz

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO FINANSOWY

rodzaj świadczeń: wersja							Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ			
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ										
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych										
ROK - Kwota zobowiązania razem zł (słownie -)										
ROK - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych zł (słownie -)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....**										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje			Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
			Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
			Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje										
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu						
Kod miejsca		Nazwa miejsca								
Adres miejsca							TERYT			
				Styczeń		Luty		Marzec		
liczba * cena										
wartość										
				Kwiecień		Maj		Czerwiec		
liczba * cena										
wartość										
				Lipiec		Sierpień		Wrzesień		
liczba * cena										
wartość										
				Październik		Listopad		Grudzień		
liczba * cena										
wartość										
data sporządzenia										

Fundusz***						Świadczeniodawca****				
* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy										
** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)										
*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem										
**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem										

HARMONOGRAM - ZASOBY

rodzaj świadczeń: opieka paliatywna i hospicyjna

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu							
I. Miejsce udzielania świadczeń											
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)		Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)	Profil IX-X cz.KR*(g)	Status **	
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń											
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**		
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)		St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **
Dostępność osoby personelu											
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)	
							P****				
							D****				
IV. Sprzęt											
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)				Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **

Fundusz*****

Świadczeniodawca*****

* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm)

** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy

**** drukowany jeśli wypełniony

***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

WYKAZ PODWYKONAWCÓW

Załącznik nr do umowy nr
rodzaj świadczeń:.....

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 4 do umowy

Miejscowość

Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego

Dane Świadczeniodawcy

(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca*

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Uzasadnienie

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Konieczność wydania zarządzenia, którego materia dotychczas była uregulowana w zarządzeniu Nr 196/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. wynika z potrzeby wprowadzenia w życie taryfy świadczeń określonej w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 marca 2024 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza do stosowania określoną przez Prezesa Agencji taryfę świadczeń nie później niż przed upływem 4 miesięcy od dnia jej opublikowania.

W zakresach: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym, świadczenia w hospicjum domowym, świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci wprowadza się produkt porady kwalifikacyjnej do rozliczenia w dniu zakwalifikowania pacjenta do świadczenia, do rozliczenia łącznie z osobodniem opieki. Poradę kwalifikacyjną można wykazać tylko raz w dniu objęcia pacjenta opieką.

W zakresie świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym wyodrębniono produkty żywienie dojelitowe oraz kompletne żywienie pozajelitowe.

W zakresie świadczeń poradni medycyny paliatywnej podzielono produkty rozliczeniowe w sposób uwzględniający personel udzielający świadczeń. Dotychczasowe zasady pozwalały na rozliczanie dwóch świadczeń: "porada w poradni medycyny paliatywnej" oraz "porada w domu świadczeniobiorcy". Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem spowodują możliwość rozliczania świadczeń przez poszczególnych członków zespołu poradni. Dotychczasowy model finansowania bazujący na uśrednionym koszcie całego personelu wymagał od świadczeniodawcy zapewnienia lekarza, pielęgniarki i psychologa w godzinach pracy poradni. Przedmiotowa zmiana umożliwi elastyczne dostosowanie pracy personelu poradni do potrzeb pacjentów. Dookreślono minimalne czasy trwania świadczeń realizowanych na miejscu w poradni. Czas poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej powinien być uzależniony od stanu zdrowia pacjenta, oznacza to, że porada/ wizyta może trwać dłużej jeżeli wymagają tego potrzeby świadczeniobiorcy.

W § 13 dodano zapis wskazujący na obowiązek przeprowadzania i dokumentowania kwalifikacji świadczeniobiorcy do kontynuacji opieki paliatywnej i hospicyjnej nie rzadziej niż co 3 miesiące. Zapis uszczegóławia § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) stanowiącego, że warunkiem realizacji świadczeń gwarantowanych jest m.in. wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, nierokującej nadziei na wyleczenie, a w przypadku perinatalnej opieki paliatywnej - ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna choroba zagrażająca życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, w szczególności zaburzenia rozwojowe prowadzące do poronienia samoistnego, porodu przedwczesnego lub zgonu wewnątrzmacicznego, zaburzenia rozwojowe prowadzące do przedwczesnej śmierci żywo urodzonego dziecka, określone w szczególności jednostkami chorobowymi, o których mowa w części III załącznika nr 1 do rozporządzenia.

Obowiązek weryfikacji wskazań do kontynuacji opieki paliatywnej będzie odnosił się do świadczeń finansowanych osobodniem tj.: hospicjum stacjonarnego/ oddziału medycyny paliatywnej, hospicjum domowego i hospicjum domowego dla dzieci. Świadczeniodawca dokonuje oceny czy pacjent w dalszym ciągu wymaga opieki paliatywnej i hospicyjnej, czy stan jego zdrowia pozwala na przekazanie do innej formy opieki adekwatnej do jego potrzeb. Ocena uwzględniająca wskazania medyczne powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej.

Proponuje się uproszczenie brzmienia § 14 określającego wykaz świadczeń, które dopuszcza się do rozliczania jednocześnie na podstawie odrębnych umów wraz ze świadczeniami opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W załączniku nr 4 Kody do sprawozdawania porad lekarza, psychologa i wizyt pielęgniarki, fizjoterapeuty-usunięto kody statystyczne dla poradni. Zgodnie z nowym katalogiem świadczeń w zakresie poradni medycyny paliatywnej utworzono nowe kody rozliczeniowe dla porad lekarza, psychologa i wizyt pielęgniarki.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, został poddany konsultacjom zewnętrznym do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom. Uwagi do projektu zarządzenia zgłosiło 30 podmiotów. Uwzględniono uwagi dotyczące odstąpienia od wymagania obecności całego personelu medycznego poradni podczas porady pierwszorazowej. W ramach uporządkowania umieszczono zapis stanowiący, że porada pierwszorazowa w poradni medycyny paliatywnej odbywa się z udziałem lekarza. Uwzględniono uwagi dotyczące skrócenia zaproponowanych minimalnych czasów trwania świadczeń udzielnych na miejscu w poradni. Dookreślono, że weryfikacja wskazań do kontynuacji objęcia świadczeniem opieki paliatywnej i hospicyjnej dokonywana nie rzadziej niż 3 miesiące nie dotyczy świadczeń poradni medycyny paliatywnej oraz perinatalnej opieki paliatywnej.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2024 r.