

ZARZĄDZENIE Nr 73/2016/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 30 czerwca 2016 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**

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 2015 r. poz. 581, z późn. zm.¹⁾), zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.²⁾);

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65 i 652.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 905, 1640, 1697, 1897, 1918 i 1991.

- 3) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach wydanych 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) **rozporządzenie** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 5) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 6) **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 7) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach;
- 8) **rozporządzenie poz** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 9) **rozporządzenie w sprawie karty DiLO** - rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wydane na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy o świadczeniach;
- 10) **świadczenia wykonywane w warunkach domowych** – świadczenie udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy;
- 11) **współrealizator** – komórka organizacyjna w strukturze podmiotu składającego ofertę i koordynującego opiekę koordynowaną, która uczestniczy w realizacji świadczeń w zakresie tej opieki;
- 12) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

2 Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w ustawie o świadczeniach, rozporządzeniu oraz przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą udzielali świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie na podstawie kryteriów określonych w rozporządzeniu kryterialnym.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady 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 z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85110000 – 3 Usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85111700 – 7 Usługi terapii tlenowej;
- 3) 85121200 – 5 Specjalistyczne usługi medyczne;
- 4) 85141210 – 4 Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych;
- 5) 85141212 – 8 Usługi dializowania;
- 6) 85143000 – 3 Usługi ambulatoryjne;
- 7) 33157500 – 0 Komory hiperbaryczne.

§ 4. Postępowanie o którym mowa w § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) grupy powiatów;
- 3) powiatu;

- 4) grupy gmin;
- 5) gminy.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

2. Wzory umowy określone **w załącznikach nr 2, 2a, 2b, 2c i 2d** do zarządzenia, stosuje się odpowiednio do przedmiotu umowy, z uwzględnieniem ust. 3.

3. Wzór umowy określony w:

- 1) **załączniku nr 2a** do zarządzenia stosuje się do zakresów, o których mowa w § 6 pkt 15, 17 i 19;
- 2) **załączniku nr 2b** do zarządzenia stosuje się do zakresu, o którym mowa w § 6 pkt 16;
- 3) **załączniku nr 2c** do zarządzenia stosuje się do zakresów, o których mowa w § 6 pkt 20 i 21;
- 4) **załączniku nr 2d** do zarządzenia stosuje się do zakresu, o którym mowa w § 6 pkt 22.

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

§ 6. W świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie wyodrębnia się następujące zakresy:

- 1) dializoterapia otrzewnowa;
- 2) hemodializoterapia;
- 3) terapia hiperbaryczna;
- 4) tlenoterapia domowa;
- 5) żywienie pozajelitowe w warunkach domowych;
- 6) żywienie dojelitowe w warunkach domowych;

- 7) badania zgodności tkankowej;
- 8) badania genetyczne;
- 9) badania izotopowe;
- 10) terapia izotopowa;
- 11) zaopatrzenie protetyczne;
- 12) pozytonowa tomografia emisyjna;
- 13) leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci;
- 14) leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych;
- 15) kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej;
- 16) leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej;
- 17) teleradioterapia protonowa;
- 18) domowa antybiotykoterapia dożylna;
- 19) kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1);
- 20) telekonsylium kardiologiczne;
- 21) telekonsylium geriatryczne;
- 22) koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC).

§ 7. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę, obowiązany jest spełniać wymagania określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych w tym w szczególności w rozporządzeniach wskazanych w § 2 ust. 1.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa

3. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

4. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, mogą przeprowadzać wspólne postępowania o udzielenie zamówienia na dostawę wyrobu medycznego – wszczepialnej pompy baklofenowej, zmierzające do wyłonienia dostawcy gwarantującego najkorzystniejszą

ofertę, działając w imieniu własnym albo upoważniając wybranego spośród siebie zamawiającego do przeprowadzenia postępowania w ich imieniu i na ich rzecz.

5. O ile świadczeniodawcy przeprowadzą wspólne postępowanie, o którym mowa w ust. 4, z dostawcą w nim wybranym, zawierane są umowy na dostawę wyrobu medycznego – wszczepialnej pompy baklofenowej na wynegocjowanych, warunkach jednolitych dla wszystkich uczestniczących w tym postępowaniu świadczeniodawców.

§ 8. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w rozporządzeniach wskazanych w § 2 ust. 1, oraz w przepisach odrębnych.

3. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą, a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

6. Każda zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, winna być zgłoszona do oddziału wojewódzkiego Funduszu przez świadczeniodawcę w terminie umożliwiającym zmianę umowy, jednak nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

§ 9. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych mogą być realizowane wyłącznie w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych wpisanych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

2. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie KOC, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia rejestracji realizacji świadczeń, w oparciu o narzędzie informatyczne udostępniane przez Fundusz. Dane o zarejestrowanych świadczeniach stanowią podstawę raportu statystycznego, w rozumieniu Ogólnych warunków umów, o których mowa w § 2 ust. 2.

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 wojewódzkim Funduszu, upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnnień Świadczeniobiorców (usługa e-WUŚ), 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 wojewódzkim 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. 4 załączników nr 2, 2a, 2b lub 2d do zarządzenia oraz w § 5 ust. 2 załącznika nr 2c do zarządzenia, stanowiących wzory umów.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

8. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie:

- 1) tlenoterapii domowej, obowiązany jest do prowadzenia „Karty serwisowej koncentratora tlenu” oraz „Karty wizyt w domu pacjenta – tlenoterapia”, zgodnie ze wzorami stanowiącymi odpowiednio **załączniki nr 4 i 5** do zarządzenia;

- 2) żywienia pozajelitowego w warunkach domowych obowiązany jest do prowadzenia „Karty dostaw – żywienie pozajelitowe w warunkach domowych” zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 6** do zarządzenia oraz obowiązany jest przekazać informację lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej/lekarzowi kierującemu do objęcia świadczeniem, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 9** do zarządzenia;
- 3) żywienia dojelitowego w warunkach domowych obowiązany jest do prowadzenia „Karty dostaw – żywienie dojelitowe w warunkach domowych”, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 7** do zarządzenia oraz obowiązany jest przekazać informację lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej/lekarzowi kierującemu do objęcia świadczeniem, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 9** do zarządzenia;
- 4) domowej antybiotykoterapii dożylniej, obowiązany jest do prowadzenia „Karty wizyt w domu pacjenta – domowa antybiotykoterapia dożylna”, zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 8** do zarządzenia;
- 5) kompleksowego leczenia ran przewlekłych (KLRP-1) stosuje formularze ankiet edukacyjnych – 3 warianty w zależności od etiologii rany, zgodnie ze wzorami określonymi w **załącznikach nr 10 a-c** do zarządzenia;
- 6) koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC) stosuje formularze „Informacja dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży (KOC)” oraz „Ankieta satysfakcji” – zgodnie ze wzorami określonymi w **załącznikach nr 12 i 13** do zarządzenia.

9. W przypadku, W przypadku, udzielania świadczeń w zakresie: leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, świadczeniodawca obowiązany jest do przekazywania do rejestru, o którym mowa w załączniku nr 4 w lp. 26 rozporządzenia szpitalnego, w formie elektronicznej, danych pacjentów po wszczepieniu pompy baklofenowej. Dane o których mowa w zdaniu pierwszym są przekazywane zgodnie ze wzorem i w formacie określonym przez Fundusz.

10. Świadczeniodawca udzielający świadczeń na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach, obowiązany jest do umieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem graficznym, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 11 do zarządzenia.

11. Świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń wyłącznie w zakresie teleradioterapia protonowa, może realizować w ramach tej umowy świadczenia na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach, pod warunkiem posiadania umowy o współpracy z podmiotem koordynującym, o którym mowa we wstępie do wyliczenia w § 4a ust. 1 rozporządzenia szpitalnego.

12. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresach, o których mowa w § 6 pkt 20 i 21, obowiązani są do przechowywania dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej uzyskanej lub wytworzonej w związku z udzielanym świadczeniem.

§ 10. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z **załącznikiem nr 2** do umowy „Harmonogram – zasoby”.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

§ 11. 1. Warunki rozliczania świadczeń 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 stanowi **załącznik nr 1** do umowy.

3. Dopuszcza się łączne udzielanie i odrębne rozliczanie świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, o ile w Katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, stanowiącym **załącznik nr 1** do zarządzenia, nie określono inaczej, ze świadczeniami z innych rodzajów, z wyjątkiem świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, w tych przypadkach, w których w katalogach świadczeń szpitalnych określono inaczej, z zastrzeżeniem ust. 4 - 6.

4. Nie dopuszcza się łącznego rozliczania świadczeń żywienia pozajelitowego w warunkach domowych oraz żywienia dojelitowego w warunkach domowych oraz tlenoterapii domowej, ze świadczeniami szpitalnymi.

5. Nie dopuszcza się łącznego rozliczania świadczeń żywienia pozajelitowego w warunkach domowych oraz żywienia dojelitowego w warunkach domowych oraz tlenoterapii domowej ze stacjonarnymi i całodobowymi świadczeniami zdrowotnymi innymi niż szpitalne, udzielanymi w trybie stacjonarnym i całodobowym, rozliczanymi w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna lub w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

6. Nie dopuszcza się łącznego rozliczania świadczeń tlenoterapii domowej ze świadczeniami, które są rozliczane przez świadczeniodawców w zakresach:

- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów oraz dzieci wentylowanych mechanicznie, w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

- hospicjum domowe oraz hospicjum domowe dla dzieci, w rodzaju opieka paliatywna hospicyjna.

7. Nie dopuszcza się rozliczania świadczeń udzielonych w zakresie *Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1)* ze świadczeniami bezpośrednio dotyczącymi rany przewlekłej, udzielonymi w ramach innych zakresów i rodzajów świadczeń.

8. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach, kwoty zobowiązania określone w umowie obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację następujących świadczeń, w zakresie określonym w załączniku nr 1 do zarządzenia: teleradioterapia protonowa - pakiet onkologiczny finansowanych produktem 5.10.00.0000076 teleradioterapia hadronowa wiązką protonów.

9. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń z zakresów, o których mowa w ust. 8, przekroczy kwotę zobowiązania oddziału wojewódzkiego Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 2, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, po przekroczeniu kwoty zobowiązania w danym zakresie, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania - zwiększeniu ulegają liczby jednostek

rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń, w zakresach wymienionych w ust. 8 oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy oddziału wojewódzkiego Funduszu wobec świadczeniodawcy.

10. Świadczenia realizowane w zakresach, o których mowa w ust. 8, obejmują także zakwaterowanie i transport świadczeniobiorcy, o których mowa w § 4a ust. 2 rozporządzenia szpitalnego.

11. Świadczenia udzielone w zakresie:

- 1) Telekonsylium kardiologiczne sprawozdawane i rozliczane są przez świadczeniodawcę zatrudniającego lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii, biorącego udział w konsylium lekarskim odbywającym się z zastosowaniem sprzętu telemedycznego;
- 2) Telekonsylium geriatryczne sprawozdawane i rozliczane są przez świadczeniodawcę zatrudniającego lekarza specjalistę w dziedzinie geriatrii, biorącego udział w konsylium lekarskim odbywającym się z zastosowaniem sprzętu telemedycznego.

12. Maksymalna liczba świadczeń udzielonych jednemu świadczeniobiorcy w każdym z zakresów, o których mowa w § 6 pkt 20 i 21, wynosi jedno telekonsylium nie częściej niż raz na 30 dni i nie więcej niż 4 telekonsylia w roku.

13. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z zakresu KOC przekroczy kwotę zobowiązania oddziału wojewódzkiego Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 2, po przekroczeniu kwoty zobowiązania z tytułu realizacji umowy w tym zakresie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania – zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy oddziału wojewódzkiego Funduszu wobec świadczeniodawcy.

14. Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie - przez podmiot realizujący umowę w zakresie KOC – świadczeń udzielonych kobiecie w ciąży związanych z ciążą, porodem i położeniem, będących przedmiotem tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

15.W przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji KOC, Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy, świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS (typ umowy – 02/01) oraz leczenia szpitalnego, zgodnie z przepisami odpowiednich zarządzeń Prezesa Funduszu.

Rozdział 5

Postanowienia końcowe

§ 12. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.

§ 13 . Do oświadczeń przekazywanych przez świadczeniodawców na podstawie § 4 ust. 3 umów:

- 1) świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
 - 2) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – Kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej/Teleradioterapia protonowa/Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1) (KLWSW/TP/KLRP-1);
 - 3) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie Leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej (LSPB);
 - 4) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)
- o których mowa w § 12, stosuje się przepisy zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ Prezesa NFZ, z dnia 16 października 2015 r. zmieniającego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określające warunki zawierania i realizacji umów w

poszczególnych rodzajach świadczeń, w związku z wejściem w życie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków umów.

§ 14 Zarządzenie stosuje się do:

- 1) postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanych zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach;
- 2) ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowania oraz określenia szczegółowych warunków w umowach, zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach.

§ 15. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2016 r.³⁾

**p.o. PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZ ZDROWIA
Zastępca Prezesa ds. Medycznych
Andrzej Jacyna**

³⁾ Niniejsze zarządzenie było poprzedzone zarządzeniem Nr 88/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które utraciło moc obowiązującą z dniem wejścia w życie art. 1 pkt 53 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198).

Wykaz załączników:

- 1) **Załącznik nr 1** – Katalog zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie.
- 2) **Załącznik nr 2** – Wzory umów.
- 3) **Załącznik nr 3** – Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.
- 4) **Załącznik nr 4** – Karta serwisowa koncentratorów tlenu.
- 5) **Załącznik nr 5** - Karta wizyt w domu pacjenta –tlenoterapia.
- 6) **Załącznik nr 6** - Karta dostaw - żywienie pozajelitowe w warunkach domowych.
- 7) **Załącznik nr 7** - Karta dostaw - żywienie dojelitowe w warunkach domowych.
- 8) **Załącznik nr 8** - Karta wizyt w domu pacjenta –domowa antybiotykoterapia dożylna.
- 9) **Załącznik nr 9** - Informacja dla lekarza poz/lekarza kierującego.
- 10) **Załącznik nr 10a** - Ankieta edukacyjna – stopa cukrzycowa.
- 11) **Załącznik nr 10b** - Ankieta edukacyjna – odleżyny.
- 12) **Załącznik nr 10c** - Ankieta edukacyjna – owrzodzenia o podłożu naczyniowym.
- 13) **Załącznik nr 11** - Wzór „logo szybkiej ścieżki onkologicznej”.
- 14) **Załącznik nr 12** - Informacja dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży (KOC).
- 15) **Załącznik nr 13** – Ankieta satysfakcji.