

ZARZĄDZENIE Nr 167/2019/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 29 listopada 2019 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 2019 r. poz. 1373, 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 umów 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 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.²⁾);

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905 i 2020.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2018 r. poz. 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730, 959, 1655 i 2020.

- 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** – rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 5) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 6) **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 7) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw 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 właściwego do spraw 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 właściwego do spraw zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wydane na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy o świadczeniach;
- 10) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej;
- 11) **świadczenia wykonywane w warunkach domowych** – świadczenie udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy;

- 12) **współrealizator** – komórka organizacyjna w strukturze podmiotu składającego ofertę i koordynującego opiekę koordynowaną, która uczestniczy w realizacji świadczeń w zakresie tej opieki;
- 13) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 14) **pozostawanie w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży** – przystąpienie do opieki koordynowanej przez kobietę będącą najpóźniej w 21. tygodniu ciąży oraz uzyskanie przez tę kobietę liczby porad wynikającej ze schematu opieki, określonego w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej;
- 15) **zrealizowanie schematu opieki** – przeprowadzenie diagnostyki określonej przepisami rozporządzenia o opiece okołoporodowej przy zapewnieniu osobie prowadzącej ciążę co najmniej dostępu do wyników tych badań i korzystania z nich przy monitorowaniu przebiegu ciąży;
- 16) **poród fizjologiczny** – poród, o którym mowa w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej;
- 17) **urodzenie żywe** – całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki noworodka, który oddycha lub wykazuje jakiekolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, niezależnie od czasu trwania ciąży;
- 18) **urodzenie martwe** – całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży;
- 19) **poronienie** – wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni).

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 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 i 2a - 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 16, 18 i 20;
- 2) **załączniku nr 2b** do zarządzenia stosuje się do zakresu, o którym mowa w § 6 pkt 17;
- 3) **załączniku nr 2c** do zarządzenia stosuje się do zakresów, o których mowa w § 6 pkt 21 i 22;
- 4) **załączniku nr 2d** do zarządzenia stosuje się do zakresu, o którym mowa w § 6 pkt 23.

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

5. Umowa w zakresie, o którym mowa w § 6 pkt 23, zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2021 r.

§ 6. Umowę zawiera się odrębnie dla następujących zakresów świadczeń:

- 1) dializoterapia otrzewnowa;
- 2) hemodializoterapia;
- 3) hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru;
- 4) terapia hiperbaryczna;
- 5) tlenoterapia domowa;
- 6) żywienie pozajelitowe w warunkach domowych;
- 7) żywienie dojelitowe w warunkach domowych;
- 8) badania zgodności tkankowej;

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

§ 7. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniach, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 4-10.

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 postępowanie 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.

6. Zakresy świadczeń hemodializoterapia i hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru u tego samego świadczeniodawcy, w tej samej lokalizacji są kontraktowane alternatywnie.

§ 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, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 4-10, 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 o świadczeniach.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności 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 I, 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.

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 Uprawnień 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 odpowiednio w § 6 ust. 4 **załączników nr 2 - 2b lub 2d** do zarządzenia, lub 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 10a - 10c** do zarządzenia;
- 6) koordynowana opieka nad kobietą w ciąży – KOC I (KOC I) stosuje formularze „Informacja dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży – KOC I (KOC I)” oraz „Ankieta satysfakcji” - zgodnie ze wzorami określonymi w **załącznikach nr 12 i 13** do zarządzenia.

9. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie: leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, świadczeniodawca obowiązany jest do przekazywania w formie elektronicznej do rejestru, o którym mowa w załączniku nr 4 lp. 26 do rozporządzenia szpitalnego, 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 ośrodkiem wiodącym, 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 21 i 22, 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. Szczegółowe zasady rozliczania oraz sposób finansowania świadczeń w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży- KOC I (KOC I) określa **załącznik nr 14** do zarządzenia.

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 świadczeń, z wyjątkiem świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, w sytuacjach, w których nie jest to dopuszczalne, zgodnie z postanowieniami katalogów świadczeń szpitalnych, 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:

- 1) świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów oraz dzieci wentylowanych mechanicznie, w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
- 2) 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 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 zakresu, o którym 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 zakresie wymienionym w ust. 8 oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy oddziału wojewódzkiego Funduszu wobec świadczeniodawcy.

10. Świadczenia realizowane w zakresie, o którym 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 21 i 22, 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 I 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 I – 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. Zastrzeżenie, o którym mowa w zdaniu 1, 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 I, Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy, świadczeń związanych z położnictwem w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (typ umowy – 02/01) oraz leczenia szpitalnego, zgodnie z przepisami odpowiednich zarządzeń Prezesa Funduszu.

16. W przypadku rozliczenia produktu 5.10.00.0000157 koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania oświadczenia przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia. Oświadczenie dołącza się do historii choroby.

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 z zastosowaniem wzorów umów obowiązujących do tego dnia, zachowują ważność na czas na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

§ 13. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 15, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się zgodnie ze wzorami umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonymi w załącznikach nr 2 - 2d do niniejszego zarządzenia.

§ 14. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

§ 15. Traci moc zarządzenie Nr 45/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

§ 16. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
Adam Niedzielski

Wykaz załączników:

- 1) **Załącznik nr 1**–Katalog zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie.
- 2) **Załącznik nr 1a**- Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC I
- 3) **Załączniki nr 2 - 2d**– Wzory umów.
- 4) **Załącznik nr 3** – Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.
- 5) **Załącznik nr 4** – Karta serwisowa koncentratorów tlenu.
- 6) **Załącznik nr 5** - Karta wizyt w domu pacjenta –tlenoterapia.
- 7) **Załącznik nr 6** - Karta dostaw - żywienie pozajelitowe w warunkach domowych.
- 8) **Załącznik nr 7** - Karta dostaw - żywienie dojelitowe w warunkach domowych.
- 9) **Załącznik nr 8** - Karta wizyt w domu pacjenta –domowa antybiotykoterapia dożylna.
- 10) **Załącznik nr 9** - Informacja dla lekarza poz/lekarza kierującego.
- 11) **Załącznik nr 10a** - Ankieta edukacyjna – stopa cukrzycowa.
- 12) **Załącznik nr 10b** - Ankieta edukacyjna – odleżyny.
- 13) **Załącznik nr 10c** - Ankieta edukacyjna – owrzodzenia o podłożu naczyniowym.
- 14) **Załącznik nr 11** - Wzór „logo szybkiej ścieżki onkologicznej”.
- 15) **Załącznik nr 12** - Informacja dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży KOC I (KOC).
- 16) **Załącznik nr 13** – Ankieta satysfakcji.
- 17) **Załącznik nr 14** – Opis przedmiotu umowy Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży KOC I (KOC I)
- 18) **Załącznik nr 15** – Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/ opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności