

Stały kontakt  
z doradcą  
prawnym?

Alerty prawne i podatkowe DZP.

## Zmiana Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącego kontraktowania programów lekowych

### PODSUMOWANIE

Z dniem 1 stycznia 2018 r. weszło w życie Zarządzenie Nr 125/2017/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (dalej jako „Zarządzenie”). Zarządzenie to uchyla Zarządzenie Nr 66/2016 DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), które dotychczas regulowało wskazane kwestie. Celem nowego Zarządzenia jest doprecyzowanie obowiązujących przepisów oraz stworzenie „tekstu jednolitego” w związku z wielokrotnymi zmianami implementującymi nowe terapie. Najważniejsze zmiany zostały przedstawione poniżej.

Ponadto został zgłoszony projekt zmian do nowego Zarządzenia, który wzbudza spore wątpliwości. Programy lekowe oznaczone w obwieszczeniu nowymi numerami – B.32a i B.94 – zostały uznane za spełniające przesłanki istniejących programów lekowych i włączone do finansowania w ramach programów B.32 i B.15. Oznacza to, że pomimo dokonania procedury utworzenia nowych programów przez Ministra Zdrowia (m.in. do obwieszczenia zostały załączone nowe opisy programów lekowych), najprawdopodobniej nie zostaną one oddzielnie zakontraktowane, jak również nie zostanie na nie wyodrębniony dodatkowy budżet. Może to stanowić zapowiedź nowej praktyki Prezesa NFZ, zgodnie z którą w przypadku nowych programów powstałych np. w wyniku braku zgody na wejście do istniejącego programu wyrażonej przez wnioskodawców, których leki znajdują się w programie, produkty w nich zawarte będą traktowane jak włączone do istniejącego programu. Uwagi do projektu, w ramach konsultacji, można zgłaszać do 11 stycznia br.

## 1. NAJWAŻNIEJSZE ZMIANY IMPLEMENTOWANE ZARZĄDZENIEM NR 125/2017/DGL

### Wprowadzenie obowiązku wykonywania świadczeń w trybie ambulatoryjnym

- Zgodnie z § 10 Zarządzenia głównym trybem wykonywania świadczeń jest tryb ambulatoryjny, a wybranie innego trybu musi być uzasadnione ograniczeniem skuteczności stosowanej terapii.
- Jeżeli cel terapii nie może być osiągnięty przez leczenie w trybie ambulatoryjnym, świadczeniodawca może zastosować tryb jednodniowy. Natomiast jeżeli cel terapii nie może zostać osiągnięty również w tym trybie, to dopiero wówczas możliwe jest wybranie trybu hospitalizacji.
- Wskazany przepis wprowadza hierarchiczność trybów realizacji świadczeń – ambulatoryjny, następnie jednodniowy (jeżeli nie może zostać zastosowany tryb ambulatoryjny), a na końcu hospitalizacyjny (przy niemożności zastosowania trybów ambulatoryjnego i jednodniowego) – ograniczając jednocześnie swobodę wyboru świadczeniodawcy. Dzięki temu pierwszeństwo ma tryb generujący najniższe koszty po stronie płatnika publicznego.

### Weryfikacja obowiązku sprawozdawania danych do SMPT

- Na podstawie § 27 Zarządzenia dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ zostali zobowiązani do comiesięcznej weryfikacji poprawności, kompletności i terminowości uzupełniania danych zawartych w SMPT.
- Jeżeli zostaną stwierdzone nieprawidłowości związane z przekazywaniem danych, dyrektor wzywa świadczeniodawcę do uzupełnienia lub poprawienia danych w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji o ich niepoprawności lub niekompletności.
- Dyrektorzy przekazują Prezesowi NFZ zbiorcze informacje dotyczące kontroli sprawozdawania danych do SMPT raz na 6 miesięcy (do 30 czerwca i 31 stycznia danego roku).

### Zmiany dotyczące podwykonawców

- W Zarządzeniu usunięto przepis zawarty w Zarządzeniu Nr 66/2016/DGL, zgodnie z którym świadczenia mogły być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki wymagane od świadczeniodawców, określone w zarządzeniu i przepisach odrębnych.
- Pozostałe przepisy dotyczące zaangażowania podwykonawców w udzielanie świadczeń zostały powtórzone prawie dosłownie w § 7 Zarządzenia, jedyny wyjątek stanowi powyższy przepis.
- Jednocześnie we wzorze umowy, stanowiącym załącznik do Zarządzenia, zamieniono obowiązek spełniania przez podwykonawcę wymagań określonych dla świadczeniodawcy na obowiązek spełniania wymagań określonych w przepisach odrębnych i warunkach realizacji umów.
- Wskazana zmiana wydaje się zasadna, bowiem należy uznać za wystarczające, aby podwykonawca udzielający jedynie części świadczenia spełniał normy dotyczące tej części,

a nie całość wymagań odnoszących się do świadczeniodawcy odpowiedzialnego za wykonanie całego świadczenia np. w zakresie personelu czy pomieszczeń.

### Rozliczanie ryczaftu diagnostycznego

- Dotychczas przepisy wskazywały jedynie, że świadczeniodawca może wykazać w całości wykonanie badań nie częściej niż raz w trakcie trwania okresu rozliczeniowego, w trakcie leczenia świadczeniobiorcy w programie lub rozliczyć w częściach wykonanych do wysokości nie wyższej niż ustalona kwota ryczaftu.
- Zgodnie z § 23 Zarządzenia doprecyzowano zasady rozliczenia ryczaftu na diagnostykę rozróżniając dwa przypadki ze względu na długość terapii przewidzianej w opisie programu lekowego:
  - W przypadku programu, w ramach którego całość terapii trwa krócej niż 12 miesięcy rozliczenie ryczaftu może zostać dokonane raz po zakończeniu leczenia. Przy czym nie jest ono zmniejszane proporcjonalnie do liczby miesięcy leczenia, chyba że w trakcie terapii pacjent został wyłączony z programu lub zmarł.
  - W pozostałych przypadkach rozliczenie powinno być dokonywane nie częściej niż raz w roku kalendarzowym, w trakcie leczenia świadczeniobiorcy w ramach programu lub w częściach wykonanych (do wysokości nie wyższej niż wysokość kwoty określonej w katalogu ryczaftów). Przy czym rozliczenie jest proporcjonalne do liczby miesięcy leczenia pacjenta w programie, po upływie danego okresu leczenia.

## 2. POZOSTAŁE ZMIANY IMPLEMENTOWANE ZARZĄDZENIEM NR 125/2017/DGL

### Ujednolicenie nazwy zakresu „programy lekowe”

- Dotychczas w Zarządzeniu Nr 66/2016/DGL posługiwano się pojęciem „programy zdrowotne (lekowe)”, które było niezgodne z terminologią stosowaną w ustawie o refundacji i ustawie o świadczeniach. W związku z powyższym dokonano ujednolicenia i zastąpienia wskazanego pojęcia przez „programy lekowe”.
- Jednocześnie, zgodnie z Zarządzeniem nr 126/2017/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2017 r., takiej samej zmiany dokonano w innych zarządzeniach referujących do programów lekowych:
  - w Zarządzeniu Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
  - w Zarządzeniu Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów;

- w Zarządzeniu Nr 65/2017/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych;
- w Zarządzeniu Nr 69/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

### Wprowadzenie nowych definicji

- W § 2 Zarządzenia zostały zdefiniowane nowe pojęcia, jak również doprecyzowano część zawartych uprzednio w Zarządzeniu Nr 66/2016/DGL, nie zmieniając ich przy tym znacząco. Jednocześnie niektóre pojęcia zostały usunięte ze wskazanego katalogu, np. programy lekowe, których definicja znajduje się w ustawie o świadczeniach.
- Wśród nowych pojęć został wskazany oddział z poradnią jako sposób organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z którym świadczenia udzielane są na całodobowym oddziale szpitalnym oraz w poradni specjalistycznej. W analogiczny sposób został zdefiniowany oddział z oddziałem leczenia jednego dnia, przy czym zamiast w poradni specjalistycznej świadczenie to jest również udzielane na oddziale leczenia jednego dnia. Powyższe definicje mają wyeliminować dotychczasowe rozbieżności, wynikające z różnej interpretacji tych pojęć przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ.
- Dodatkowo wprowadzono pojęcia związane z funkcjonowaniem zespołów koordynacyjnych – jednostkę koordynującą oraz zespół koordynacyjny. Zgodnie z definicją, zespołem jest konsylium złożone z lekarzy specjalistów mające na celu kwalifikację do danego programu lekowego oraz weryfikację skuteczności leczenia w tym programie, powoływane na stałe w przypadku, gdy opis programu przewiduje jego funkcjonowanie. Natomiast jednostką koordynującą określa się świadczeniodawcę, przy którym działa zespół i który zapewnia warunki do funkcjonowania zespołu.

### Doprecyzowanie sposobu określania czasu pracy

- W § 6 Zarządzenia dokonano zmian dotyczących sposobu określania czasu pracy personelu oraz poradni specjalistycznej.
- W przypadku gdy świadczenia udzielane są na całodobowym oddziale szpitalnym oraz jednocześnie na poradni specjalistycznej albo na oddziale leczenia jednego dnia, czas pracy personelu powinien być ustalany i weryfikowany łącznie dla wskazanych miejsc. Jeżeli świadczenia udzielane są wyłącznie w poradni specjalistycznej albo na oddziale leczenia jednego dnia, to godziny pracy personelu powinny być zgodne z harmonogramem pracy dla tego miejsca.
- Natomiast zgodnie z ust. 5 minimalny czas pracy poradni specjalistycznej wynosi 8 godzin tygodniowo.

### Obowiązki świadczeniodawcy

- W § 8 Zarządzenia opisującym obowiązki świadczeniodawcy wskazano wprost, że jest on zobowiązany m.in. do udostępniania prowadzonej dokumentacji medycznej na żądanie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz do współpracy z zespołem koordynacyjnym i przekazywania mu wymaganych dokumentów (jeżeli opis programu lekowego przewiduje funkcjonowanie zespołu).

### Funkcjonowanie zespołów koordynacyjnych

- Oprócz przywołanej powyżej definicji zespołu oraz jednostki koordynującej Zarządzenie zawiera szereg przepisów precyzujących funkcjonowanie zespołów koordynacyjnych oraz implementujących normy zawarte w aktach wyższego rzędu.
- Zespół koordynacyjny powoływany jest przez Prezesa NFZ, jeżeli jest to przewidziane przez opis programu lekowego. Zespół działa przy jednostce koordynującej, na podstawie regulaminu określonego przez Prezesa NFZ.
- Wskazano również wprost obowiązek współpracy świadczeniodawcy z zespołem koordynacyjnym (przywołany już powyżej) oraz kompetencję zespołu do ostatecznej kwalifikacji świadczeniobiorcy do programu lekowego zgodnie z zasadami wskazanymi w załącznikach do Zarządzenia.

### Wniosek o utworzenie nowego miejsca udzielania świadczeń

- Zgodnie z § 26 Zarządzenia, w przypadku świadczeniodawców zakwalifikowanych do sieci szpitali, możliwe jest złożenie wniosku do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ o utworzenie nowego miejsca udzielania świadczenia w celu realizacji programu lekowego, który jest już przez tego świadczeniodawcę realizowany na podstawie umowy.
- Złożenie wniosku jest dopuszczalne jedynie gdy nowe miejsce udzielania świadczeń nie może zostać objęte umową w związku z kwalifikacją do sieci szpitali lub w ramach konkursu ofert albo rokowań.
- Nowe miejsce udzielania świadczeń ma stanowić komórkę organizacyjną wnioskującego świadczeniodawcy oraz może znajdować się w innej lokalizacji niż dotychczasowe miejsce realizacji programu lekowego.
- Wskazana regulacja ma na celu rozwiązanie problemu związanego z niemożnością kontraktowania nowych miejsc udzielania świadczeń w ramach zawartych dotychczas umów.

### Przepisy przejściowe

- Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte ze świadczeniodawcami przed wejściem w życie Zarządzenia zachowują swoją ważność na czas przewidziany w umowie.

- W przypadku postępowań w sprawie zawarcia umów wszczętych i nie zakończonych przed wejściem w życie Zarządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe, z wyjątkiem treści umowy, która ma być zgodna ze wzorem stanowiącym załącznik do Zarządzenia.
- Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ mają obowiązek zweryfikować umowy ze świadczeniodawcami i wprowadzić do nich zmiany wynikające z Zarządzenia w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie Zarządzenia.
- Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ mają obowiązek zweryfikować spełnianie wymagań określonych w Zarządzeniu przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na dotychczasowych zasadach w terminie 4 miesięcy od dnia wejścia w życie Zarządzenia. Informacja o wynikach ma zostać przekazana Prezesowi NFZ w terminie 5 miesięcy od dnia wejścia w życie Zarządzenia, natomiast podjęcie działań w zakresie dostosowania wykazu miejsc udzielania świadczeń przez wskazanych świadczeniodawców ma nastąpić w terminie 36 miesięcy od dnia wejścia w życie Zarządzenia.

Z poważaniem,

Zespół refundacyjny kancelarii DZP