

**ZARZĄDZENIE NR .....**  
**PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia ..... 2024 r.

**zmieniające zarządzenie 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 ze zm.) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W zarządzeniu 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, wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 12 po ust. 9 dodaje się ust. 10 - 12 w brzmieniu:

10. Przy rozliczaniu zakresu świadczeń: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

11. Przy rozliczaniu zakresu świadczeń: świadczenia w hospicjum domowym po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

12. Przy rozliczaniu zakresu świadczeń: porada w poradni medycyny paliatywnej po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.”.

2) Załącznik nr 1 do umowy otrzymuje brzmienie, jak w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.

3) Załącznik nr 4 do umowy otrzymuje brzmienie, jak w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2024 r.

**PREZES**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia  
/Dokument podpisany elektronicznie/

## **Uzasadnienie**

Z uwagi na zgłoszoną przez Ministerstwo Zdrowia potrzebę wprowadzenia mechanizmu rozliczania świadczeń wykonanych ponad kwotę umowy dla wszystkich świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, został ponownie przedstawiony do konsultacji zewnętrznych na okres 7 dni.

Poza zmianami które były przedmiotem konsultacji zewnętrznych w dniach 12- 29 stycznia br., przedmiotowe zarządzenie wprowadza zmiany w zarządzeniu 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, polegające na:

1- wprowadzeniu nielimitowego finansowania świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym oraz poradni medycyny paliatywnej. Rozliczanie świadczeń wykonanych ponad kwotę umowy nastąpi na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie.

2- aktualizacji załączników nr 1 i 4 do umowy w związku z potrzebą dostosowania załączników w systemie informatycznym Funduszu do przepisów zarządzenia. Jest to zmiana porządkowa i nie wpłynie na sposób realizacji świadczeń.

Zarządzenie planuje się wprowadzić w życie z dniem 1 kwietnia 2024 r.



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