

Zarządzenie Nr 65/2009/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 3 listopada 2009 r.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz w związku z art. 48 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1.

Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne, zwanej dalej „umową”, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem tych umów oraz warunki dodatkowe oceniane w trakcie postępowania prowadzonego podczas jej zawarcia.

§ 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **zapewnienie realizacji badań** – zapewnienie wykonywania świadczeń, w tym również w innym miejscu lub lokalizacji niż określone w umowie;
- 2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241 i Nr 161, poz. 1278.

- 3) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji zgodnie z programem specjalizacji, co najmniej 2 lata od jej otwarcia;
- 4) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 5) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 6) **opis terapeutycznego programu zdrowotnego** – zawiera szczegółowe informacje dotyczące schorzenia, schematów leczenia, wymagań wobec świadczeniodawców, kryteriów kwalifikacji i wyłączenia świadczeniobiorcy do/z programu, monitorowania wyników leczenia i programu;
- 7) **osobodzień** – jednostka miary służąca do rozliczania świadczeń opisanych w Katalogu świadczeń i zakresów stanowiącym **załącznik nr 1g** do zarządzenia;
- 8) **punkt** – jednostka miary służąca do określenia wartości świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne;
- 9) **raport statystyczny** – informacja o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 10) **ryczałt za diagnostykę** – świadczenie, w ramach którego finansowany jest uśredniony koszt badań diagnostycznych związanych z terapeutycznym programem zdrowotnym, wykonywanych świadczeniobiorcy objętemu tym programem w trakcie okresu rozliczeniowego;
- 11) **świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym** – świadczenia udzielane podczas wizyty ambulatoryjnej, w ramach której świadczeniobiorcy wykonywane jest badanie lekarskie, w trakcie którego są udzielane lub zlecane niezbędne świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne, podawane lub wydawane leki;

- 12) **świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji** – określone w § 2 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1148);
- 13) **świadczenia wykonywane w trybie jednodniowym** – określone w § 2 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych; **terapeutyczny program zdrowotny** – zespół świadczeń realizowanych zgodnie z opisem programu terapeutycznego określonego w Wykazie terapeutycznych programów zdrowotnych, w trakcie którego podawane są substancje czynne zgodnie z wykazem terapeutycznych programów zdrowotnych, katalogiem substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych oraz opisami programów;
- 14) **zakres świadczeń** – świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne, dla których w umowie określa się sposób i kwotę finansowania.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3.

Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy, jest wyłonienie wykonawców terapeutycznych programów zdrowotnych, o których mowa w § 4. **§ 4.**

1. Przedmiotem umowy, jest realizacja finansowanych przez Fundusz świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresie terapeutyczne

programy zdrowotne, określonych:

- 1) w wykazie terapeutycznych programów zdrowotnych, zwanym dalej „wykazem programów”, stanowiącym **załącznik nr 4** do zarządzenia;
- 2) w katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne - terapeutyczne programy zdrowotne, zwanym dalej „katalogiem świadczeń”, stanowiącym **załącznik nr 1g** do zarządzenia;
- 3) w katalogu substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych, zwanym dalej „katalogiem substancji”, stanowiącym **załącznik nr 1h** do zarządzenia;
- 4) w katalogu ryczałów za diagnostykę w terapeutycznych programach zdrowotnych, zwanym dalej „katalogiem ryczałów”, stanowiącym **załącznik nr 1i** do zarządzenia.

2. Opisy terapeutycznych programów zdrowotnych wymienionych w **załączniku nr 4** do zarządzenia są określone:

- 1) w opisach terapeutycznych programów zdrowotnych, stanowiących **załączniki od nr 5 do nr 30** oraz od **nr 35 do nr 39** do zarządzenia, zwanych dalej „opisami programów”;
- 2) w opisie kwalifikacji do programów leczenia hormonem wzrostu, stanowiącego **załącznik nr 31** do zarządzenia;
- 3) w opisie kwalifikacji i weryfikacji leczenia biologicznego w programie leczenia RZS i MIZS stanowiącego **załącznik nr 32** do zarządzenia;
- 4) w opisie kwalifikacji i weryfikacji leczenia enzymatyczną terapią zastępczą w leczeniu chorób ultra rzadkich stanowiącego **załącznik nr 40** do zarządzenia;
- 5) w opisie świadczenia dotyczącego programu leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej stanowiącego **załącznik nr 41** do zarządzenia.

§ 5.

Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady 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., Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 5, str. 3, z późn. zm.²) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, przedmiot umów obejmuje następujące nazwy i kody:

- 1) 85110000-3 usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85121200-5 specjalistyczne usługi medyczne;
- 3) 85143000-3 usługi ambulatoryjne.

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 6.

1. Umowę zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.
2. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, musi spełniać wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia, a także w przepisach odrębnych.
3. Wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.
4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.
5. Wymagania, o których mowa w ust. 2, dotyczą wszystkich miejsc udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń.

² Wymienione rozporządzenie zostało zmienione rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 329 z 17. 12. 2003 r., str. 1 – 270).

6. Godziny pracy personelu, o których mowa w wymaganiach określonych w ust. 2, mogą się pokrywać z godzinami pracy tego personelu w macierzystym oddziale lub poradni, gdzie odbywa się realizacja danego programu terapeutycznego.

§ 7.

W przypadku gdy świadczeniodawca realizuje świadczenia z więcej niż jednego zakresu, kontraktowanie każdego zakresu przeprowadzane jest odrębnie, z uwzględnieniem obowiązku spełnienia w miejscu realizacji świadczeń warunków udzielania świadczeń określonych dla danego zakresu w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń

§ 8.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w **załączniku nr 3 do umowy**.

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki wymagane od świadczeniodawców, określone w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.

3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie. Oddział Funduszu zobowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

4. 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.

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

6. Aktualizację danych, o których mowa w ust. 5, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych.

§ 9.

1. Świadczeniodawca, realizując umowę, ma obowiązek:

1) monitorowania stanu świadczeniobiorcy uczestniczącego w programie zgodnie z opisami programów;

2) wykonania wszystkich badań diagnostycznych, we wskazanych terminach wyszczególnionych w opisach programów;

3) prowadzenia dokumentacji dodatkowej w trybie i formie określonych w opisach programów, ze szczególnym uwzględnieniem rejestru powikłań i działań niepożądanych występujących w trakcie realizacji programu;

4) przekazywania do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń danych, których zakres, formę i termin przekazania określa opis programu;

5) przechowywania oryginałów przekazanych danych w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;

6) przekazywania do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę, o udzielanie tych świadczeń, oryginału części A karty rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w terapeutycznym programie zdrowotnym, zwanej dalej „kartą”, stanowiącej **załącznik nr 33** do zarządzenia;

7) przechowywania oryginałów części B karty w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

2. Świadczeniodawca kwalifikuje świadczeniobiorcę do programu zgodnie z kryteriami określonymi w opisach programów.
3. Świadczeniodawca wyłącza świadczeniobiorcę z programu, w przypadku braku efektu leczenia, bądź w razie spełnienia przez świadczeniobiorcę, kryteriów wyłączenia wymienionych w opisach programów.
4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania każdej z substancji czynnych ujętych w katalogu substancji czynnych zgodnie ze schematem dawkowania określonym w opisach programów.
5. W ramach realizacji umowy zawartej z Funduszem, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawcę, wymaganej warunkami zarządzenia oraz określonej w odrębnych przepisach.
6. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.
7. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokumentu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

§ 10.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z **załącznikiem nr 2 do umowy**.
2. Wszelkie zmiany dotyczące personelu, o którym mowa w ust. 1, w okresie obowiązywania umowy wymagają akceptacji Funduszu.

§ 11.

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń, zgodnie z harmonogramem - zasoby, stanowiącym **załącznik nr 2 do umowy**.
2. Harmonogram-zasoby powinien gwarantować prawo świadczeniobiorców do równego dostępu do świadczeń.

Rozdział 4

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 12.

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest:
 - 1) rachunek wraz z raportem statystycznym;
 - 2) sprawozdanie w formie załącznika sprawozdawczo - rozliczeniowego dla świadczeń z zakresu terapeutycznych programów zdrowotnych, którego wzór i zakres danych określa **załącznik nr 4 do umowy**.
2. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu i sprawozdania będącego podstawą wystawienia rachunku.
3. Świadczeniodawca składa w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę:
 - 1) rachunek w formie papierowej wraz z raportem statystycznym w formie elektronicznej;
 - 2) sprawozdanie, którego wzór i zakres danych określa **załącznik nr 4 do umowy** w formie elektronicznej z zastrzeżeniem, że część II załącznika: „Ewidencja faktur”, przekazywane do oddziału Funduszu co miesiąc zgodnie z formatem XML opublikowanym przez Fundusz, dotyczy wyłącznie faktur związanych z zakupem leków z Katalogu substancji czynnych.

4. Informacje zawarte w raporcie statystycznym, muszą być zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasadami określonymi przez Prezesa Funduszu.

5. W ramach raportu statystycznego, świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD 10 oraz procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych - ICD 9.

§ 13.

1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie terapeutycznych programów zdrowotnych rozlicza koszty badań diagnostycznych realizowanych w danym programie ryczałtem, określonym dla każdego programu w katalogu ryczałtów. Świadczenie to może być wykazywane w całości nie częściej niż raz w trakcie trwania okresu rozliczeniowego w trakcie leczenia świadczeniobiorcy w ramach programu lub rozliczane w częściach wykonanych do wysokości nie większej niż wysokość kwoty określonej w katalogu ryczałtów.

2. Zasady rozliczania terapeutycznych programów zdrowotnych określa umowa.

§ 14.

1. Jednostką rozliczeniową jest punkt.

2. Warunki rozliczania świadczeń określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w umowie.

3. Należność za świadczenia stanowi sumę iloczynów:

- 1) liczby udzielonych świadczeń, ich wartości punktowych określonych w katalogu świadczeń, katalogu ryczałtów i ceny punktu oraz
- 2) ilości podanych świadczeniobiorcom substancji czynnych, wartości punktowej jednostki miary substancji czynnych określonych w katalogu substancji i ceny punktu.

4. Rozliczeniu podlegają podane lub wydane świadczeniobiorcy substancje czynne, w ilościach stanowiących ich wielokrotność bądź ułamek poszczególnych pozycji w katalogu substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych.
5. Ilości podanych lub wydanych świadczeniobiorcy substancji czynnych muszą wynikać ze schematu dawkowania (opis programu) dla odpowiedniego parametru: masy ciała, powierzchni ciała, dawki indywidualnej lub bezpośrednio.
6. W przypadku świadczeń wykonywanych w trybie hospitalizacji dzień przyjęcia do leczenia oraz jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobdzień.
7. Świadczeniodawca ma prawo rozliczyć tylko taką ilość substancji czynnej, która została podana lub wydana świadczeniobiorcom. Niewykorzystane części postaci substancji czynnych nie podlegają rozliczeniu.
8. Należność dla danego zakresu świadczeń za bieżący okres sprawozdawczy przekazywana w rachunku może być większa niż wynikająca z ust. 3, w przypadku gdy należności za poprzednie okresy sprawozdawcze w okresie obowiązywania umowy były mniejsze niż określone w ust. 3. W tym przypadku łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie może być wyższa od sumy iloczynów liczb jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.
9. Należność z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń.
10. W przypadku braku wyceny punktowej substancji w katalogu substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych, cena substancji czynnej jest uzgadniana pomiędzy świadczeniodawcą, a Oddziałem Funduszu na podstawie wniosku świadczeniodawcy.
11. Wzór wniosku stanowi **załącznik nr 34** do zarządzenia. Całość substancji czynnej wykazanej we wniosku może być sprawozdana jednorazowo lub w częściach wykonanych, w ilości nie większej niż wnioskowana ilość substancji czynnej.

Po sprawozdaniu całej wnioskowanej ilości do rozliczenia następnych partii leku, świadczeniodawca przedstawia nowy wniosek do Oddziału Funduszu.

§ 15.

1. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez Fundusz.
2. Po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym miesiącu sprawozdawczym, Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje sporządzony rachunek lub faktura.
3. Wystawienie faktury lub rachunku następuje na podstawie zatwierdzonego przez Fundusz raportu statystycznego.
4. Przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych lub przedstawienie ich w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności w zakresie rozliczenia, do którego Fundusz powziął zastrzeżenia.

§ 16.

1. Dopuszczalne jest, w przypadkach uzasadnionych medycznie, łączne rozliczenie substancji z katalogu substancji określonych w **załączniku nr 1h** do zarządzenia i świadczeń w ramach katalogu ryczałtów określonych w **załączniku nr 1i** do zarządzenia, ze świadczeniami określonymi w:

- 1) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w ramach:
 - a) katalogu grup określonego w załączniku nr 1a do tego zarządzenia;
 - b) katalogu świadczeń odrębnych określonego w załączniku nr 1b do tego zarządzenia;
 - c) katalogu świadczeń do sumowania określonego w załączniku nr 1c do tego zarządzenia;
 - d) katalogu radioterapii określonego w załączniku nr 1d do tego zarządzenia.

2) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii w ramach:

- a) katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne - chemioterapia określonego w załączniku nr 1e do tego zarządzenia;
- b) katalogu substancji czynnych stosowanych w terapii nowotworów określonego w załączniku nr 1f do tego zarządzenia;
- c) katalogu świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne - chemioterapia określonego w załączniku nr 1j do tego zarządzenia.

2. Niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń określonych w katalogu świadczeń, stanowiącego **załącznik nr 1g** do zarządzenia, ze świadczeniami określonymi w :

1) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w ramach:

- a) katalogu grup określonego w załączniku nr 1a do tego zarządzenia;
- b) katalogu świadczeń odrębnych określonego w załączniku nr 1b do tego zarządzenia;

2) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii w ramach katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne - chemioterapia określonego w załączniku nr 1e do tego zarządzenia.

3. Niedopuszczalne jest łączenie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne ze świadczeniami w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.

4. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, świadczenia podlegające łącznemu rozliczeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów.

§ 17.

Z dniem 31 grudnia 2009 r. traci moc zarządzenie Nr 98/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne zmienionym zarządzeniem Nr 16/2009/DGL z dnia 10 marca 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne oraz zarządzeniem Nr 41/2009/DGL z dnia 15 września 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne.

§ 18.

Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2010 r.

§ 19.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Jacek Paszkiewicz