

# **Warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.**

NFZ.2016.50 z dnia 2016.06.27

Status: Akt obowiązujący

Wersja od: 27 czerwca 2016 r.

## **ZARZĄDZENIE Nr 50/2016/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 27 czerwca 2016 r.

### **w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 159 ust. 2 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.) zarządza się, co następuje:

#### **Rozdział 1**

##### **Postanowienia ogólne**

§ 1. Zarządzenie określa przedmiot oraz szczegółowe warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **aplikacja obsługująca postępowanie** - aplikację udostępnianą przez Narodowy Fundusz Zdrowia w celu przygotowania formularza wniosku, o którym mowa w pkt 20;
- 2) **dostęp/zapewnienie realizacji** - zapewnienie wykonywania świadczeń w innym miejscu lub lokalizacji niż ta, w której realizowane są świadczenia;
- 3) **Fundusz** - Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) **indywidualny WRN** - indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów określony w przepisach wydanych na podstawie art. 32a ust. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 5) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** - dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- 6) **miejsce udzielania świadczeń** - pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu udzielania świadczeń określonego zakresu;
- 7) **Oddział Funduszu** - oddział wojewódzki Funduszu;
- 8) **Ogólne warunki umów** - ogólne warunki umów określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1400 i 1628);
- 9) **porada lekarska** - świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 części I załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia, o którym mowa w pkt 14, przeprowadzone zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w niniejszym zarządzeniu, obejmujące:
- a) badanie przedmiotowe, lub
  - b) badanie podmiotowe, lub
  - c) świadczenia zabiegowe, lub
  - d) badania diagnostyczne niezbędne dla postawienia diagnozy lub kontynuacji prowadzonego przez lekarza procesu leczenia, lub
  - e) ordynację leków;
- 10) **Portal Narodowego Funduszu Zdrowia** - informatyczne środowisko komunikacji, określone w zarządzeniu Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2009 r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia (z późn. zm.), przeznaczone do wymiany informacji między użytkownikami (wnioskujący, oferenci, świadczeniodawcy realizujący umowy, podwykonawcy, apteki), a Funduszem;
- 11) **poświadczenie** - dokument, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, potwierdzający uprawnienia świadczeniobiorcy do korzystania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 12) **poz** - podstawową opiekę zdrowotną;
- 13) **regulamin techniczny przygotowania wniosku** - zasady zastosowania aplikacji (w tym Portalu NFZ i aplikacji obsługującej postępowanie w sprawie zawarcia umów) oraz sposób przygotowania formularza wniosku;
- 14) **rozporządzenie MZ** - rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 15) **świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia** - traktowany jako jedno świadczenie cykl udokumentowanych procedur medycznych określonych w części II "Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia" załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ;

- 16) **ustawa** - ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 17) **transport sanitarny w poz** - świadczenie gwarantowane polegające na zapewnieniu świadczeniobiorcom przewozu środkiem transportu sanitarnego do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem, w przypadkach określonych przepisami art. 41 ust. 1 i 2 ustawy oraz § 4 ust. 2 rozporządzenia MZ, organizowane na zasadach określonych w odrębnych przepisach i realizowane w poz na podstawie zlecenia lekarza poz od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 18) **transport sanitarny "daleki" w poz** - transport sanitarny w poz realizowany wyłącznie w sytuacjach określonych § 28 ust. 2;
- 19) **uprawnienia do świadczeń** - uprawnienia świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 20) **wniosek** - wniosek osoby ubiegającej się o zawarcie umowy, o której mowa w § 3;
- 21) **wnioskujący** - świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. a i b ustawy, ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie poz, a w przypadku wniosku o zawarcie umowy na świadczenia transportu sanitarnego w poz - podmiot, o którym mowa w art. 161c ust. 1 ustawy;
- 22) **uśredniony wskaźnik rozpoznawania nowotworów (uśredniony WRN)** - wyliczaną przez Fundusz wartość liczbową określającą skuteczność diagnoz poprzedzających wydanie kart przez lekarzy poz udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy, stanowiącą podstawę do rozliczania świadczeń związanych z ich wydaniem. W sytuacji, gdy lekarz poz jest jednocześnie świadczeniodawcą, uśredniony WRN równy jest indywidualnemu WRN;
- 23) **zakres świadczeń** - świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danych świadczeniach gwarantowanych lub zakresie świadczeń danego rodzaju, dla których w umowie określa się sposób i kwotę finansowania.

2. Użyte w zarządzeniu określenia, inne niż wymienione w ust. 1, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu MZ oraz w Ogólnych warunkach umów.

## **Rozdział 2**

### **Przedmiot umowy**

#### **§ 3.**

1. Z uwzględnieniem § 4, przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zwanej dalej "umową" lub "umową poz" stanowi realizacja świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu MZ, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w

przypadkach uzasadnionych medycznie - w warunkach domowych albo w środowisku nauczania i wychowania, finansowanych przez Fundusz.

2. Stosownie do przedmiotu umowy, świadczeniodawca obowiązany jest do informowania świadczeniobiorców o świadczeniach gwarantowanych udzielanych w ramach programów profilaktycznych. W tym celu świadczeniodawca umieszcza w miejscu udzielania świadczeń, zaproszenie skierowane do świadczeniobiorców spełniających wymagania do udziału w programie, wraz z krótką charakterystyką świadczenia oraz wskazaniem zasad jego realizacji.

3. Odpowiednio do przedmiotu umowy, jednostki rozliczeniowe poszczególnych świadczeń oraz ceny odpowiadających im jednostek w okresie rozliczeniowym określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

4. Do określenia warunków finansowania świadczeń na kolejny okres rozliczeniowy stosuje się § 32 Ogólnych warunków umów.

5. Wzór umowy określony jest w załączniku nr 2 do zarządzenia.

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

#### **§ 4.**

1. W rodzaju poz wyodrębnia się następujące przedmioty wniosku i umowy:

- 1) świadczenia lekarza poz;
- 2) świadczenia pielęgniarki poz;
- 3) świadczenia położnej poz, w tym - pod warunkiem spełnienia wymagań do realizacji - świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy;
- 4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania, zwane dalej "świadczeniami pielęgniarki szkolnej";
- 5) świadczenia transportu sanitarnego w poz.

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. <sup>1</sup>) oraz z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie;
- 2) 85141100-0 Usługi świadczone przez położne;
- 3) 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki;
- 4) 85120000-6 Usługi medyczne i podobne.

### **Rozdział 3**

#### **Szczegółowe warunki umów**

#### **§ 5.**

1. Świadczenia gwarantowane w poz obejmują świadczenia z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych oraz pediatrii, ukierunkowane na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację świadczeniobiorcy podczas choroby, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, stosownie do przedmiotu umowy, udzielane są w sposób kompleksowy; w trakcie udzielania tych świadczeń świadczeniodawca zapewnia realizację zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 55 ust. 6 ustawy; w przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz świadczenia udzielane są z zachowaniem wymagań określonych w § 8 ust. 3 Ogólnych warunków umów.
3. Świadczeniodawcy posiadający umowy poz zawarte w różnych zakresach świadczeń, udzielający świadczeń temu samemu świadczeniobiorcy, obowiązani są do współpracy i bieżącej wymiany informacji istotnych dla przebiegu procesu terapeutycznego tego świadczeniobiorcy.

## **§ 6.**

1. W celu wyłonienia podmiotów do udzielania świadczeń w zakresie poz, Dyrektor Oddziału Funduszu zamieszcza na stronie internetowej właściwego Oddziału Funduszu informacje o warunkach zawarcia umowy w rodzaju poz oraz naborze wniosków o zawarcie umowy.
2. Wnioskujący o zawarcie umowy, obowiązany jest spełniać, odpowiednio do przedmiotu umowy, wymagania określone w odrębnych przepisach, w szczególności w rozporządzeniu MZ oraz w niniejszym zarządzeniu.
3. Wymóg spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 2, dotyczy wszystkich miejsc udzielania świadczeń, zgłaszanych przez świadczeniodawcę we wniosku, o którym mowa w § 2 pkt 20.
4. Z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172), w przypadku, gdy wnioskującym jest:
  - 1) lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, wniosek może złożyć wyłącznie wspólnie z:
    - a) lekarzem posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
    - b) lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
    - c) lekarzem posiadającym specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
    - d) lekarzem posiadającym specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
    - e) lekarzem posiadającym specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii;
  - 2) lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, wniosek może złożyć wyłącznie wspólnie z:
    - a) lekarzem posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub

- b) lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
- c) lekarzem posiadającym specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
- d) lekarzem posiadającym specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
- e) lekarzem posiadającym specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.

## § 7.

1. W trakcie realizacji umowy, świadczeniodawca - każdorazowo przed przyjęciem deklaracji wyboru oraz przy udzielaniu świadczeń - obowiązany jest do potwierdzania, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy, uprawnień do świadczeń świadczeniobiorcy.
2. Potwierdzanie uprawnień do świadczeń, o których mowa w ust. 1, dokonywane jest z wykorzystaniem usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, zwanej dalej "usługą e-WUŚ" udostępnionej przez Fundusz, a w przypadku braku potwierdzenia - dokumentu okazanego przez świadczeniobiorcę albo złożonego oświadczenia, zgodnie z przepisami art. 50 ust. 6-9 ustawy.
3. Jeżeli z przyczyn technicznych nie jest możliwe dokonanie potwierdzenia z wykorzystaniem usługi e-WUŚ, świadczeniodawca obowiązany jest umożliwić świadczeniobiorcy potwierdzenie prawa do świadczeń w sposób określony w art. 50 ust. 6 ustawy.
4. Świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ oraz dopełnienia należytej staranności w celu zapewnienia realizacji uprawnień świadczeniobiorców określonych w art. 50 ust. 3 ustawy.
5. W sytuacji udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń profilaktycznych w profilaktyce chorób układu krążenia, profilaktyce gruźlicy lub profilaktyce raka szyjki macicy, przed rozpoczęciem udzielania świadczeń świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami określonymi odpowiednio w rozporządzeniu MZ lub w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych.

## § 8.

1. Świadczenia gwarantowane w zakresie poz udzielane są:
  - 1) w przypadku świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1:
    - a) pkt 1-3, osobom znajdującym się na listach świadczeniobiorców lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, które zgodnie z posiadanymi uprawnieniami złożyły u świadczeniodawcy, odpowiednio, deklarację wyboru: świadczeniodawcy i lekarza poz, świadczeniodawcy i pielęgniarki poz, świadczeniodawcy i położnej poz włączając w to zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji<sup>2</sup>,
    - b) pkt 4, osobom znajdującym się na odpowiednich listach uczniów,
    - c) pkt 5, świadczeniobiorcom znajdującym się na listach lekarza poz.

2. Zapisy na listy świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a, świadczeniodawca prowadzi na bieżąco, uwzględniając prawa świadczeniobiorców, o których mowa w art. 28 ust. 1-1d ustawy oraz wymagania, o których mowa w art. 56 ustawy.
3. W przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców w dacie bieżącej realizacji umowy, jest deklaracja wyboru złożona w tym samym okresie przez osobę, dla której dane usługi e-WUŚ udostępnianej przez Fundusz, w dacie złożenia deklaracji nie potwierdzają uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a która swoje uprawnienia do świadczeń potwierdziła na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo wyłącznie przez złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy, wpis taki ważny jest przez sześć okresów sprawozdawczych od daty złożenia deklaracji.
4. W przypadku deklaracji złożonych przed datą, o której mowa w ust. 3, przepisy ust. 3 stosuje się odpowiednio. Okres finansowania w tych przypadkach liczony jest od daty potwierdzenia przez świadczeniobiorcę uprawnień do świadczeń na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo daty złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy.
5. Przepisy ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio do świadczeniodawców realizujących umowy w roku 2015, w zakresie dotyczącym dokumentów oraz oświadczenia potwierdzających prawo do świadczeń, o których mowa w art. 50 ustawy, wykorzystywanych w rozliczeniu realizacji umowy, na podstawie listy świadczeniobiorców sporządzonej według stanu na dzień 1 grudnia 2015 r., sprawozdanych przez świadczeniodawców za okres począwszy od dnia 1 października 2015 r.
6. Wykaz osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy stanowi integralną część umowy, o której mowa w § 3.
7. Świadczenia stanowiące przedmiot umowy udzielane są osobiście przez osoby znajdujące się w wykazie osób, o którym mowa w ust. 6.
8. Poza świadczeniami, o których mowa w ust. 1, w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, w szczególności w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia, świadczeniodawca obowiązany jest udzielać świadczeń:
  - 1) ubezpieczonym, nieznajdującym się na liście świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy;
  - 2) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2-4 ustawy oraz osobom uprawnionym wyłącznie w związku z przepisami, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy.
9. Osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, niepodlegającym wpisowi na listę świadczeniobiorców u danego świadczeniodawcy, posiadającym tzw. kartę EKUZ lub certyfikat zastępczy, świadczeniodawca obowiązany jest udzielać świadczeń w sytuacjach uzasadnionych medycznie podczas planowanego pobytu.
10. Świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju poz obowiązany jest do informowania świadczeniobiorców o dostępnych świadczeniach poz, zasadach ich

udzielania i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 5 pkt 17a ustawy oraz w załączniku nr 5 do rozporządzenia MZ. Obowiązek, o którym mowa w zdaniu pierwszym realizowany jest w szczególności przez umieszczenie informacji w widocznym miejscu wewnątrz i na zewnątrz siedziby świadczeniodawcy (miejsca udzielania świadczeń).

## **Zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń**

### **§ 9.**

1. Dla celów rozliczania udzielonych świadczeń w zakresie poz stosuje się:

- 1) kapitacyjną stawkę roczną - dla świadczeń w zakresie poz udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarki, położnej lub jednostki transportu sanitarnego; w przypadku świadczeń lekarza poz, stawka kapitacyjna obejmuje kwotę przeznaczoną na pokrycie kosztów badań diagnostycznych wykonywanych przez lekarza poz w procesie udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy; w przypadku świadczeń pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej, stawka kapitacyjna obejmuje kwotę przeznaczoną na wzrost finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki, położne oraz higienistki szkolne, o którym mowa w § 3 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628);
- 2) cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia lub przewozu) - w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem "za wykonaną usługę".

2. W celu uzyskania środków, o których mowa w ust. 1 pkt 1 zdanie drugie, świadczeniodawcy realizujący umowy w zakresach świadczeń pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej w ostatnim dniu miesiąca poprzedzającego termin, w którym następuje wzrost finansowania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, przekazują do Oddziału Funduszu wraz z dokumentami rozliczeniowymi z realizacji umowy za miesiąc, od którego nastąpił wzrost finansowania, oświadczenia zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2a do zarządzenia.

3. Potwierdzenie udzielenia porady, wizyty lub innego świadczenia stanowi dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, a dla zrealizowanych zabiegów, wpisu w księdze zabiegowej, za wyjątkiem:

- 1) świadczeń, o których mowa w § 8 ust. 8 i 9 oraz w § 20 ust. 3 i 4, dla których dodatkowo wymagane jest potwierdzenie zrealizowania świadczenia przez osobę, której zostało udzielone, jej opiekuna prawnego lub faktycznego; oraz
- 2) porad lekarskich związanych z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, gdzie wymagane jest dołączenie do dokumentacji medycznej pacjenta kopii wydanej karty, w części dotyczącej zakresu lekarza poz.



4. Potwierdzenie wykonania badania diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej u świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń lekarza poz stanowi opis tego badania w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy oraz specyfikacja do faktury, wystawionej świadczeniodawcy przez podwykonawcę badania, w której wyszczególnione jest dane badanie albo wpis w rejestrze badań wykonywanych we własnym zakresie.

5. Potwierdzenie realizacji przewozu środkiem transportu sanitarnego stanowi dokonanie wpisu w księdze przewozów oraz specyfikacja przewozu.

6. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z metodami finansowania właściwymi dla zakresów świadczeń uwzględnionych w przedmiocie umowy.

7. Przy stosowaniu finansowania metodą kapitacyjną ustala się kapitacyjną stawkę roczną.

8. Rozliczanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną realizowane jest z zachowaniem następujących zasad:

1) należność z tytułu udzielonych świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców albo uczniów objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, jeśli zostały określone dla danego zakresu świadczeń. Iloczyn stawki miesięcznej i współczynnika korygującego wyrażony jest w złotych i groszach, z tym, że w przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej w ramach umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego, należność powiększona jest o iloczyn liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, odrębnie określonej dla finansowania tych świadczeń w załączniku nr 1 do zarządzenia;

2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie listy świadczeniobiorców przekazanej przez świadczeniodawcę w formie bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej stosownie do przedmiotu umowy, na podstawie posiadanych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarstwa, położnej poz, a w przypadku świadczeń pielęgniarstwa szkolnego - listy uczniów szkół, z którymi świadczeniodawca nawiązał współpracę oraz listy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową w tych szkołach;

3) informacja o aktywnych deklaracjach wyboru lub uczniach objętych opieką pielęgniarstwa szkolnego, o której mowa w pkt 2, przekazywana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu nie później niż 7. dnia danego miesiąca w odniesieniu do bieżącego okresu sprawozdawczego;

4) Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką; przekazana informacja stanowi podstawę finansowania świadczeń w danym okresie sprawozdawczym; po przeprowadzeniu weryfikacji list świadczeniobiorców przez Fundusz listy te są

ostateczne, za wyjątkiem sytuacji, w których wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli deklaracji lub świadczeń, których wykonanie miało wpływ na realizowany proces rozliczeń wskażą na konieczność ich ponownej weryfikacji;

5) w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z różnych województw, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru;

6) w przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców po dniu 31 grudnia 2015 r. jest deklaracja wyboru złożona w tym samym okresie przez osobę, dla której dane usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców udostępnianej przez Fundusz, w dacie złożenia deklaracji nie potwierdzają uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a która swoje uprawnienia do świadczeń potwierdziła na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo wyłącznie przez złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy, wpis taki ważny jest przez sześć okresów sprawozdawczych od daty złożenia deklaracji;

7) w sytuacji utraty przez świadczeniobiorcę uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, złożona przez niego deklaracja wyboru, o której mowa w art. 28 ustawy, stanowi podstawę rozliczenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie poz, w przypadku ponownego nabycia przez tego świadczeniobiorcę prawa do świadczeń; deklaracja wyboru, o której mowa w zd. pierwszym i pkt 6 zachowuje ważność;

8) w przypadku pozostawiania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców, Fundusz ma prawo wstrzymania finansowania za wskazanych uczniów do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności;

9) obowiązek przekazywania informacji, o której mowa w pkt 3, nie dotyczy świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz; podstawę rozliczenia realizacji umów w tym zakresie, stanowią zweryfikowane listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz danego świadczeniodawcy poz albo lekarzy poz tych świadczeniodawców poz, którzy złożyli danemu świadczeniodawcy wraz z informacją o listach zadeklarowanych świadczeniobiorców oświadczenie o objęciu opieką. Wzór oświadczenia o objęciu opieką określony jest w załączniku nr 3 do zarządzenia.

9. Rozliczanie świadczeń finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej realizowane jest z zachowaniem następujących zasad:

1) należność z tytułu udzielonych świadczeń ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę nie później niż 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy rozliczenie;

- 2) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 1, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu; Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy zwrotny komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń;
- 3) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów statystycznych będących podstawą wystawienia rachunków.

Zasady określone w pkt 1-3 w zakresie podstawy rozliczeń nie dotyczą świadczeń transportu sanitarnego "dalekiego" w poz, dla których obowiązują odrębne zasady sprawozdawania świadczeń, określone w oddziale 3.5.

10. Należności z tytułu udzielania świadczeń wypłacane są raz w miesiącu na podstawie wystawionych przez świadczeniodawcę rachunków. Wystawiony rachunek przesyłany jest w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia lub System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki - w przypadku świadczeń rozliczanych za pośrednictwem tej aplikacji, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności jego pochodzenia, integralności treści i czytelności.

11. Świadczeniodawca obowiązany jest prowadzić i przekazywać elektronicznie sprawozdawczość z realizacji świadczeń, w oparciu o obowiązujące na dzień wejścia w życie niniejszego zarządzenia, definicje komunikatów XML (odpowiednio: typu: ZBPOZ - Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ", DEKL - "Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ/KAOS", SWIAD - "Komunikaty szczegółowe NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych"), określone przez Prezesa Funduszu, na podstawie przepisów odrębnych. W przypadku konieczności zmiany definicji komunikatów XML w stosunku do definicji obowiązujących na dzień zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, Fundusz:

- 1) udostępnia na okres co najmniej 14 dni propozycje zmiany definicji komunikatów XML na stronie internetowej Funduszu z jednoczesnym powiadomieniem Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców o ich udostępnieniu drogą pocztową, za pomocą faksu lub poczty elektronicznej - w celu zasięgnięcia opinii;
- 2) zachowuje okres vacatio legis, uwzględniający co najmniej jeden pełen okres sprawozdawczy - z wyłączeniem zasad sprawozdawczości z realizacji świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia, które należy realizować on-line, w udostępnianym bezpłatnie przez Fundusz Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

12. W sytuacjach, w których wyniki dokonanej przez Oddział Funduszu weryfikacji kontrolnej deklaracji lub świadczeń wskazują na nieprawidłowości w zrealizowanym zgodnie z postanowieniami ust. 8 pkt 4 i ust. 9 pkt 2 procesie rozliczeń, wzywając świadczeniodawcę do korekty rozliczenia, Oddział Funduszu przedstawia pisemne uzasadnienie przyczyny korekty.

## **§ 10.**

1. W przypadku:

- 1) zaprzestania przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz udzielania świadczeń u świadczeniodawcy;
- 2) zmiany miejsca udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę;
- 3) podziału, zmiany formy organizacyjno-prawnej świadczeniodawcy lub połączenia z innym świadczeniodawcą

- świadczeniodawca obowiązany jest poinformować o tej okoliczności właściwy Oddział Funduszu oraz zamieścić w miejscu udzielania świadczeń informację skierowaną do świadczeniobiorców.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do określonego lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz. Świadczeniodawca obowiązany jest do podjęcia działań zmierzających do zachowania zalecanych norm dotyczących liczby świadczeniobiorców; złożone uprzednio deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę.

### **Oddział 3.1**

#### **Świadczenia lekarza poz**

#### **§ 11.**

1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz stanowi realizacja świadczeń określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ.

2. Świadczenia gwarantowane w ramach profilaktyki chorób układu krążenia realizowane zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ, dokumentowane są w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki oraz przez włączenie Karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy; wzór Karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia jest określony w załączniku nr 4 do zarządzenia.

3. Świadczenia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia, w tym:

- 1) wizyta patronażowa w okresie od 1. do 4. tygodnia życia dziecka;
- 2) badania lekarskie w 1. roku życia dziecka;
- 3) badania bilansowe w okresie od 2. do 19. roku życia

- realizowane są z uwzględnieniem wykonania w trakcie badań testów przesiewowych stosownych do wieku rozwojowego świadczeniobiorcy, w terminach i zgodnie ze standardem określonym w części III załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ.

4. W trakcie procesu diagnostyki i leczenia świadczeniobiorcy lekarz poz, stosownie do stanu zdrowia i problemu zdrowotnego pacjenta, wykonuje niezbędne dla tych celów badania diagnostyczne, spośród badań określonych dla poz wykazem badań diagnostycznych wskazanych w części IV załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ.

5. W przypadku wniosków składanych do lekarza poz przez zadeklarowanych do niego świadczeniobiorców o zlecenie świadczenia transportu "dalekiego" w poz, w trybie i na zasadach określonych w oddziale 3.5, lekarz ustala zasadność ich realizacji.

## § 12.

1. W przypadku uprawdopodobnionego postępowaniem diagnostycznym, podejrzenia wystąpienia u świadczeniobiorcy nowotworu złośliwego spośród określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy, lekarz poz wydaje świadczeniobiorcy kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.

2. Wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego jest dokonywane z zastosowaniem aplikacji informatycznej (systemu informatycznego) udostępnionej przez Fundusz i sprawozdawane w formie porady lekarskiej. Wraz z informacją o udzielonej poradzie, o której mowa w zdaniu pierwszym, świadczeniodawca sprawozdaje dane dotyczące wykonanej diagnostyki onkologicznej poprzedzającej wydanie karty, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

3. Informacja, o której mowa w ust. 2, przekazywana jest zgodnie z postanowieniami określonymi w § 9 ust. 11.

4. Fundusz informuje świadczeniodawcę i lekarzy poz udzielających świadczeń u tego świadczeniodawcy, za pośrednictwem udostępnionej aplikacji informatycznej, o wartościach indywidualnych WRN ustalonych dla poszczególnych lekarzy oraz o wartości uśrednionego WRN dla świadczeniodawcy, z zastrzeżeniem § 2 ust. 1 pkt 22 zdanie drugie, obowiązujących dla następnego miesiąca.

5. Do czasu uzyskania przez Fundusz informacji o przekroczeniu przez lekarza poz liczby trzydziestu kart, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 5 wydanych świadczeniobiorcom, u których wykonano diagnostykę onkologiczną, nie określa się indywidualnych WRN.

6. Do czasu określenia przez Fundusz indywidualnego WRN, co najmniej dla jednego lekarza poz udzielającego świadczeń u świadczeniodawcy, dla tego świadczeniodawcy nie określa się uśrednionego WRN.

7. Wartość uśrednionego WRN stanowi iloraz liczby kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, wydanych przez lekarzy poz udzielających świadczeń u świadczeniodawcy, świadczeniobiorcom, u których w wyniku przeprowadzonej diagnostyki onkologicznej rozpoznano nowotwór złośliwy, o którym mowa w ust. 1 oraz liczby kart wydanych świadczeniobiorcom przez tych lekarzy, na których podstawie wykonano diagnostykę onkologiczną.

8. Uśredniony WRN na dany miesiąc Fundusz określa na podstawie danych z 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące, miesiąc, dla którego wskaźnik jest wyliczany, z zastrzeżeniem ust. 6. W przypadku, gdy lekarz poz przekroczy liczbę trzydziestu kart wydanych świadczeniobiorcom, o których mowa w ust. 7, przed upływem 14 miesięcy od wystawienia pierwszej karty, do tego czasu określenie uśrednionego WRN następuje na podstawie dotychczasowych danych.

9. Wartość uśrednionego WRN dla świadczeniodawcy stanowi podstawę do rozliczenia świadczenia, o którym mowa w ust. 2.
10. W przypadku zaistnienia, związanej z wydawaniem kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, okoliczności, o której mowa w art. 32a ust. 9 ustawy, do dalszego ich wydawania stosuje się przepisy art. 32a ust. 13 i 14 ustawy.
11. W sytuacji, o której mowa w ust. 10, do czasu wydania przez lekarza poz kolejnych piętnastu kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, świadczeniobiorcom, u których wykonana została diagnostyka onkologiczna, wyliczenie uśrednionego WRN następuje na zasadach określonych w ust. 8.
12. W okresie posiadania przez lekarzy poz udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy, uprawnień do wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, świadczeniodawca, w zwyczajowo przyjęty sposób, powinien informować świadczeniobiorców o możliwości skorzystania ze świadczeń w placówkach świadczeniodawcy, a w szczególności umieścić wewnątrz budynku, w widocznych miejscach, przy imionach i nazwiskach lekarzy udzielających świadczeń, informacji o posiadaniu przez lekarza uprawnień do wydawania takich kart.
13. Realizując obowiązek, o którym mowa w ust. 12 świadczeniodawca obowiązany jest stosować wzór znaku graficznego, który jest określony w załączniku nr 5a do zarządzenia.

### **Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców**

#### **§ 13.**

1. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza poz nie powinna przekraczać 2500 osób.
2. Lekarz poz, może obejmować świadczeniobiorców opieką na podstawie deklaracji wyboru wyłącznie u jednego świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń lekarza poz.

### **Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń lekarza poz**

#### **§ 14.**

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń lekarza poz stanowiących przedmiot umowy, w dniach i godzinach określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ, przestrzegając zasad organizacji udzielania świadczeń w nim określonych, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.
2. Świadczenia realizowane są w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - przez porady udzielane w domu świadczeniobiorcy; dni i godziny przyjęć, w tym czas przeznaczony na realizację porad udzielanych w warunkach domowych, określa harmonogram pracy lekarza.

3. Harmonogram pracy świadczeniodawcy oraz harmonogram pracy lekarza, o których mowa w ust. 1 i 2 oraz zmiany w tych harmonogramach świadczeniodawca składa do Funduszu z wykorzystaniem Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia. Złożenie harmonogramów stanowi warunek zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Na świadczenia pozostające w zakresach zadań pielęgniarki poz, położnej poz i pielęgniarki szkolnej, lekarz poz wydaje skierowania. Wzór skierowania jest określony w załączniku nr 5 do zarządzenia.

5. Skierowanie, o którym mowa w ust. 4, w odniesieniu do populacji świadczeniobiorców zadeklarowanych jednocześnie do lekarza poz i pielęgniarki poz, lekarza poz i położnej poz oraz zadeklarowanych do lekarza poz i objętych opieką pielęgniarki szkolnej nie dotyczy świadczeniodawców realizujących umowy w obydwu zakresach świadczeń. Podstawę realizacji zleceń w zakresach świadczeń, o których mowa w zdaniu pierwszym, u tych świadczeniodawców stanowi opis zlecenia w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Pielęgniarki i położna udzielające świadczeń dokumentują wykonanie zlecenia zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach.

6. Lekarz poz jest uprawniony do wystawiania zadeklarowanym świadczeniobiorcom, na zasadach określonych w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydanych na podstawie art. 31d ustawy, skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych i domowych, z wyjątkiem skierowań na zabiegi fizjoterapeutyczne związane z leczeniem wad postawy oraz dysfunkcji narządu ruchu, których przyczyną są te wady (wyłączenie nie dotyczy lekarzy poz spełniających jednocześnie wymagania kwalifikacyjne określone w ww. przepisach), a także na rehabilitację ogólnoustrojową w przypadkach zaostrzeń chorób przewlekłych oraz rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, realizowane w warunkach ośrodka/oddziału dziennego rehabilitacji.

7. Z zastrzeżeniem ust. 6, w sytuacji stwierdzenia u świadczeniobiorcy wady postawy kwalifikującej do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, których przyczyną są wady postawy, lekarz poz wystawia świadczeniobiorcy, odpowiednio do rozpoznania, skierowanie do poradni rehabilitacyjnej, ortopedycznej lub wad postawy.

8. W odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej, w przypadkach nie kwalifikujących się do rehabilitacji leczniczej, lekarz poz kieruje świadczeniobiorcę na zajęcia korekcyjno-kompensacyjne organizowane w szkołach i finansowane ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów.

9. Lekarz poz, w medycznie uzasadnionych przypadkach wynikających z prowadzonego przez niego procesu leczenia i diagnostyki, może kierować świadczeniobiorcę na badania finansowane przez Fundusz na podstawie odrębnych umów zawartych ze świadczeniodawcami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i na zasadach w nich określonych.

10. W przypadku zlecenia przez lekarza poz świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków,

środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2015 r. poz. 345, 1830 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 652), zlecenie winno pozostawać w zgodności z tymi przepisami oraz wystawiane jest na druku zgodnym ze wzorem określonym przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

### **Finansowanie świadczeń lekarza poz**

#### **§ 15.**

1. Finansowanie świadczeń udzielonych przez lekarza poz na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza poz, stawka kapitacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do grupy wiekowej świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy, tj.:
  - 1) osoba niewymieniona w pkt 8, w wieku do 6. roku życia - współczynnikiem 2,0;
  - 2) osoba niewymieniona w pkt 8, w wieku od 7. do 19. roku życia - współczynnikiem 1,2;
  - 3) osoba niewymieniona w pkt 8, w wieku od 20. do 39. roku życia - współczynnikiem 1,0;
  - 4) osoba niewymieniona w pkt 8, w wieku od 40. do 65. roku życia:
    - a) do dnia 30 czerwca 2016 r. - współczynnikiem 1,12,
    - b) od dnia 1 lipca 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. - współczynnikiem 1,18,
    - c) od dnia 1 września 2016 r. - współczynnikiem 1,2;
  - 5) osoba niewymieniona w pkt 8, w wieku powyżej 65. roku życia:
    - a) do dnia 30 czerwca 2016 r. - współczynnikiem 2,0,
    - b) od dnia 1 lipca 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. - współczynnikiem 2,08,
  - 6) osoba niewymieniona w pkt 8, w wieku od 66. do 75. roku życia - od dnia 1 września 2016 r. - współczynnikiem 2,1;
  - 7) osoba niewymieniona w pkt 8, w wieku powyżej 75. roku życia - od dnia 1 września 2016 r. - współczynnikiem 2,5;
  - 8) podopieczny domu pomocy społecznej, zwanego dalej „DPS” lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej - współczynnikiem 2,5.
3. Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące, odbywa się na podstawie bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie złożonych przez świadczeniobiorców deklaracji wyboru świadczeniodawcy i lekarza poz.
4. Liczbę świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 2 pkt 8, potwierdza się nie rzadziej niż dwukrotnie (w styczniu i lipcu) w każdym roku, informacją o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej z tych jednostek; informacja, sporządzona



zgodnie ze wzorem określonym w umowie, przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminach: do dnia 7 stycznia oraz do dnia 7 lipca każdego roku.

5. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez lekarza poz, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.

6. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 5, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 9 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, są określone w załączniku nr 1 do zarządzenia.

7. W przypadku porad, o których mowa w § 12 ust. 2, cena jednostkowa świadczenia korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do wartości uśrednionego WRN wyliczonego dla świadczeniodawcy, zgodnie z zasadami określonymi w § 12 ust. 4-11. W rozliczeniu obowiązują następujące wartości współczynników korygujących cenę porady związanej z wydaniem karty:

- 1) do czasu wyznaczenia wartości uśrednionego WRN - współczynnik 1,0;
- 2) przy wartości uśrednionego WRN nie niższej niż 1/5 - współczynnik 2,14;
- 3) przy wartości uśrednionego WRN nie niższej niż 1/8 i niższej niż 1/5 - współczynnik 1,28;
- 4) przy wartości uśrednionego WRN nie niższej niż 1/10 i niższej niż 1/8 - współczynnik 1,0;
- 5) przy wartości uśrednionego WRN nie niższej niż 1/12 i niższej niż 1/10 - współczynnik 0,57;
- 6) przy wartości uśrednionego WRN nie niższej niż wartość minimalna określona w przepisach wydanych na podstawie art. 32a ust. 18 ustawy i niższej niż 1/12 - współczynnik 0,28.

## **Oddział 3.2**

### **Świadczenia pielęgniarki poz**

#### **§ 16.**

1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz stanowi realizacja świadczeń określonych w części I załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ.

2. Pielęgniarka poz sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, uwzględniając w tym zgodnie z obowiązującym zakresem zadań, realizację, na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zleceń na zabiegi i procedury medyczne, których wykonanie możliwe jest w trybie ambulatoryjnym; pielęgniarka poz włącza skierowanie do prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

3. Opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami, którzy ze względu na problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich realizowanych w warunkach domowych i nie są objęci na podstawie odrębnej umowy,

świadczeniami pielęgniarstwa długoterminowej domowej, pielęgniarka poz sprawuje zgodnie z ustalonymi dla nich indywidualnymi planami opieki.

4. W sytuacji wystawienia przez pielęgniarkę poz zlecenia na świadczenia gwarantowane z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, zlecenie winno pozostawać w zgodności z tymi przepisami oraz jest wystawiane na druku zgodnym ze wzorem określonym w przepisach rozporządzenia wydanym na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

5. Sprawowanie przez pielęgniarkę poz opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami przebywającymi w DPS obejmuje:

- 1) współdziałanie w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
- 2) edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;
- 3) realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarstwa oraz zleceń lekarskich.

6. W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, wyłącznie w domu świadczeniobiorcy i jedynie na zlecenie lekarza poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, pielęgniarka poz pobiera materiały do badań diagnostycznych. Świadczenie jest realizowane zgodnie z przekazanymi przez zleceniodawcę standardami jakości opracowanymi przez pracownię diagnostyczną, z którą zleceniodawca współpracuje oraz z zachowaniem zasad określonych w części I załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ.

7. Świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy, realizowane zgodnie z warunkami określonymi w części III załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ oraz w niniejszym zarządzeniu, są dokumentowane w ankiecie świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy, której wzór jest określony w załączniku nr 6 do zarządzenia.

8. Świadczenia w profilaktyce wieku rozwojowego u dzieci do ukończenia 6. roku życia, w tym:

- 1) wizyty patronażowe: w okresie od 3. do 4. miesiąca życia i adekwatnie do potrzeb w 9. miesiącu życia;
- 2) testy przesiewowe adekwatne do wieku rozwojowego dziecka

- pielęgniarka poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ.

9. Świadczenia w profilaktyce wieku rozwojowego dzieci i młodzieży objętych indywidualnym nauczaniem, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133), pielęgniarka poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ.

## **Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców**

### **§ 17.**

1. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz nie powinna przekraczać 2500 osób.
2. Pielęgniarka poz, może obejmować świadczeniobiorców opieką na podstawie deklaracji wyboru wyłącznie u jednego świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz.

## **Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń pielęgniarki poz**

### **§ 18.**

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń stanowiących przedmiot umowy w dniach i godzinach oraz z uwzględnieniem zasad organizacji udzielania świadczeń określonych w części I załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.
2. Świadczenia pielęgniarskie realizowane są w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - w formie wizyt domowych. Dni i godziny przyjęć, w tym czas przeznaczony na realizację wizyt domowych, określa harmonogram pracy pielęgniarki.
3. Harmonogram pracy świadczeniodawcy oraz harmonogram pracy pielęgniarki, o których mowa w ust. 1 i 2 oraz zmiany w tych harmonogramach świadczeniodawca składa do Oddziału Funduszu z wykorzystaniem Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia. Złożenie harmonogramów jest warunkiem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wykonywane są w godzinach dostępności do świadczeń pielęgniarki poz, zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania. Pielęgniarka poz dokumentuje wykonanie zlecenia zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach.

## **Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz**

### **§ 19.**

1. Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do pielęgniarki poz, stawka kapitacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej właściwej dla świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy:
  - 1) osoba do 6. roku życia, która niewymieniona w pkt 4 - współczynnikiem 2,0;

- 2) osoba w wieku od 7. do 65. roku życia, niewymieniona w pkt 4 - współczynnikiem 1,0;
  - 3) osoba w wieku powyżej 65. roku życia niewymieniona w pkt 4 - współczynnikiem 2,0;
  - 4) osoba przebywająca w DPS lub placówce socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej - współczynnikiem 3,5.
3. Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące, odbywa się na podstawie informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie złożonych przez świadczeniobiorców deklaracji wyboru pielęgniarki poz.
4. Liczbę świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 2 pkt 4, potwierdza się nie rzadziej niż dwukrotnie (w styczniu i lipcu) w każdym roku, informacją o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej z tych jednostek; informacja, sporządzona zgodnie ze wzorem określonym w umowie, przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminie: do dnia 7 stycznia oraz do dnia 7 lipca każdego roku.
5. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę poz, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.
6. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 5, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 9 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

### **Oddział 3.3**

#### **Świadczenia położnej poz**

##### **§ 20.**

1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń położnej poz stanowi realizacja świadczeń określonych w części I załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ.
2. Sprawowanie opieki profilaktycznej przez położną poz obejmuje:
  - 1) dokonanie rozpoznania problemów zdrowotnych populacji objętej opieką;
  - 2) zaplanowanie i realizację na rzecz populacji objętej opieką, w zakresie posiadanych kompetencji, świadczeń profilaktycznych oraz z zakresu promocji zdrowia, w tym prowadzenie edukacji kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do porodu i rodzicielstwa.
3. W ramach sprawowania opieki okołoporodowej w przebiegu ciąży położna poz realizuje:
  - 1) wizyty patronażowe w opiece nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu - w liczbie od 4 do 6 w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych;
  - 2) w przypadku ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, spośród rozpoznań wg Klasyfikacji ICD-10 wymienionych w załączniku nr 19 a do

zarządzenia, odpowiednio do sytuacji - wizyty patronażowe albo wizyty w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży - w liczbie od 4 do 9 w okresie 2 miesięcy kalendarzowych;

3) wizyty w edukacji przedporodowej kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do porodu i rodzicielstwa, z zachowaniem poniższych zasad:

a) podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, jest opracowany przez położną poz i stanowiący integralną część dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, plan edukacji obejmujący praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, porożu, karmienia piersią i rodzicielstwa (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej),

b) wizyty w edukacji przedporodowej realizowane są przez położną poz, począwszy od 21. tygodnia ciąży do rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż:

- jeden raz w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 21. do 31. tygodnia ciąży, z wyjątkiem kobiet w ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, o których mowa w pkt 2, gdzie dopuszcza się rozliczenie w ramach realizacji indywidualnego harmonogramu wizyt, o 3 wizyty więcej,
- dwa razy w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 32. tygodnia ciąży do rozwiązania, z wyjątkiem kobiet w ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, o których mowa w pkt 2, gdzie dopuszcza się rozliczenie w ramach realizacji indywidualnego harmonogramu wizyt, o 3 wizyty więcej.

4) wizyty w opiece okołoporodowej w przebiegu ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, o których mowa w pkt 2 i pkt 3 lit. b, realizowane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, który rozpoznał wady rozwojowe płodu; wzór skierowania stanowi załącznik nr 19b do zarządzenia;

5) udzielając świadczeń w opiece okołoporodowej kobietom w ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, położna poz współpracuje ze świadczeniodawcami, którzy realizują na rzecz tych kobiet świadczenia w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych oraz świadczenia psychologiczne.

4. Wizyty położnej poz w opiece pielęgnacyjnej nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej obejmują okres od momentu wypisu ze szpitala do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej i realizowane są przez położną na podstawie skierowania, o którym mowa w § 12 ust. 10 pkt 1 Ogólnych warunków umów, zgodnie z zaleceniami w nim zawartymi.

5. Położna poz dokumentuje udzielane świadczenia zdrowotne w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Wizyty, o których mowa w ust. 3 i 4, dodatkowo potwierdzane są podpisem świadczeniobiorcy albo jego opiekuna.

6. W sytuacji wystawienia przez położną poz zlecenia na świadczenia gwarantowane z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów

medycznych, zlecenie winno być zgodne z tymi przepisami oraz wystawiane jest na druku zgodnym ze wzorem określonym w przepisach rozporządzenia wydanego na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

7. Położna poz, pod warunkiem spełnienia wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, może uczestniczyć w realizacji Programu profilaktyki raka szyjki macicy przez wykonywanie pobrania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego w Programie.

8. Zasady realizacji świadczenia, o którym mowa w ust. 7, określone są w załączniku nr 6a do zarządzenia. Wykonanie świadczenia dokumentowane jest w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki oraz przez włączenie wydruku wyniku badania do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentki prowadzonej przez położną poz.

### **Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców**

§ 21. Zalecana liczba świadczeniobiorców, do których zalicza się kobiety oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2. miesiąca życia, objętych opieką przez jedną położną poz nie powinna przekraczać 6 600 osób.

### **Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń położnej poz**

#### **§ 22.**

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń stanowiących przedmiot umowy w dniach i godzinach oraz przestrzegając zasad organizacji udzielania świadczeń określonych w części I załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.

2. Świadczenia położnej realizowane są przez wizyty ambulatoryjne w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - w formie wizyt domowych; dni i godziny przyjęć, w tym wizyt domowych, określa harmonogram pracy położnej.

3. Harmonogram pracy świadczeniodawcy oraz harmonogram pracy położnej, o których mowa w ust. 1 i 2 oraz zmiany w tych harmonogramach świadczeniodawca składa do Funduszu z wykorzystaniem Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia. Złożenie harmonogramów stanowi warunek zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, udzielane są w godzinach dostępności do świadczeń położnej poz zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

## **Finansowanie świadczeń położnej poz**

### **§ 23.**

1. Finansowanie świadczeń położnej poz na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8.
2. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez położną poz, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.
3. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 2, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 9 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

## **Oddział 3.4**

### **Świadczenia pielęgniarki szkolnej**

### **§ 24.**

1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej stanowi realizacja świadczeń określonych w części I załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ.
2. Pielęgniarka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież szkolną począwszy od oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej, z wyłączeniem szkół dla dorosłych.

### **Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców**

**§ 25.** Liczba uczniów objęta opieką przez jedną pielęgniarkę szkolną ustalana jest odpowiednio do typów szkół określonych w części III załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ, zgodnie z zasadami określonymi w tych przepisach dla wymaganej dostępności personelu.

### **Organizacja, dostępność do świadczeń pielęgniarki szkolnej oraz zasady tworzenia listy uczniów**

### **§ 26.**

1. Pielęgniarka szkolna zapewnia dostępność do świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką, z uwzględnieniem zasad określonych w § 25 oraz planu godzin lekcyjnych, zgodnie z harmonogramem pracy pielęgniarki szkolnej.
2. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej, przedkłada w Oddziale Funduszu aktualną na dzień złożenia wniosku, informację o szkołach, z którymi zawarł porozumienie o współpracy i charakterystyce populacji uczniów, która w tych szkołach zostanie objęta opieką świadczeniodawcy na podstawie zawartej umowy.

3. Informację, o której mowa w ust. 2, sporządza się zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 7 do zarządzenia. Potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie porozumień, o których mowa w ust. 2, załącza się do tej informacji.

### **Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego**

#### **§ 27.**

1. Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego na podstawie rocznej stawki kapitałowej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8, z zastrzeżeniem ust. 2-7.

2. Stawka kapitałowa dotycząca ucznia, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej, w następujący sposób:

1) typ szkoły I - szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach w szkole), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z okresem kształcenia nie dłuższym niż 2,5 roku:

a) uczeń klasy ogólnej w szkole typu I (typ ucznia I.1) - współczynnikiem 1,0,

b) uczeń klasy integracyjnej i sportowej w szkole typu I (typ ucznia I.2) - współczynnikiem 1,7,

c) uczeń z niepełnosprawnością typu A w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3A) - współczynnikiem 5,0,

d) uczeń z niepełnosprawnością typu B w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3B) - współczynnikiem 9,4,

e) uczeń z niepełnosprawnością typu C w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3C) - współczynnikiem 25,0;

2) typ szkoły II (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa) - uczeń szkoły typu II (typ ucznia II) - współczynnikiem 1,7;

3) typ szkoły III (szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży):

a) uczeń z niepełnosprawnością typu A w szkole typu III (typ ucznia IIIA) - współczynnikiem 5,0,

b) uczeń z niepełnosprawnością typu B w szkole typu III (typ ucznia IIIB) - współczynnikiem 9,4,

c) uczeń z niepełnosprawnością typu C w szkole typu III (typ ucznia IIIC) - współczynnikiem 25,0.

3. Finansowanie świadczeń grupowej profilaktyki fluorkowej realizowane jest na podstawie rocznej stawki kapitałowej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia.

4. Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup uczniów, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące oraz do grupy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową, dokonywana jest na podstawie przekazywanej comiesięcznie do Oddziału Funduszu za pośrednictwem Komunikatu szczegółowego NFZ deklaracji POZ/KAOS listy uczniów, o której mowa w § 9 ust. 8 pkt 2.



5. Przypisania ucznia do typu niepełnosprawności (A lub B lub C), z wyłączeniem uczniów szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie, świadczeniodawca dokonuje na podstawie wydanego orzeczenia o niepełnosprawności, które znajduje się w dokumentacji szkoły lub w posiadaniu ucznia.

6. Listy uczniów, o których mowa w ust. 4, należy potwierdzać nie rzadziej niż dwukrotnie (w marcu i październiku) w każdym roku, podpisaną przez dyrektorów szkół informacją o liczbie uczniów objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej szkole; informacja sporządzana zgodnie ze wzorem określonym w umowie przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminie: do dnia 7 marca oraz do dnia 7 października każdego roku.

7. Podstawę rozliczania świadczeń w miesiącu lipcu i miesiącu sierpniu stanowią liczby uczniów zweryfikowane na dzień 1 czerwca roku obowiązywania umowy.

### **Oddział 3.5**

#### **Transport sanitarny w poz**

#### **§ 28.**

1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz stanowi realizacja świadczeń opieki zdrowotnej polegających na zapewnieniu świadczeniobiorcom, zgodnie ze wskazaniami medycznymi, przewozu środkiem transportu sanitarnego drogowego (ambulansem) do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, a w przypadku świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym, także z powrotem do miejsca zamieszkania (pobytu) świadczeniobiorcy, realizowanego na zasadach określonych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy oraz § 4 ust. 2 rozporządzenia MZ, obejmujące:

- 1) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym;
- 2) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym;
- 3) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem;
- 4) przewóz, z miejsca zamieszkania (pobytu), w celu wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, i z powrotem;
- 5) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.

2. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz obejmuje również świadczenia transportu sanitarnego "dalekiego" w poz, które obejmują:

- 1) przewóz od granicy Rzeczypospolitej Polskiej do miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, w przypadku, gdy z przyczyn losowych, niewynikających z wyboru świadczeniobiorcy, korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a jego stan zdrowia w chwili uzyskania

wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do miejsca zamieszkania;

2) przewóz od granicy Rzeczypospolitej Polskiej do najbliższego, ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, w przypadku gdy z przyczyn losowych, niewynikających z wyboru świadczeniobiorcy, korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a wypis ze szpitala następuje przed zakończeniem terapii i wymaga kontynuacji leczenia w kraju oraz, gdy nie istnieją medyczne przeciwwskazania do udzielenia świadczenia transportu sanitarnego poz;

3) przewozy w celu zapewnienia ciągłości sprawowanej opieki specjalistycznej realizowane z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do najbliższego, właściwego ze względu na zakres udzielanych świadczeń, świadczeniodawcy specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i z powrotem, w przypadku, gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca winien pozostawać pod stałą opieką danego świadczeniodawcy i odległość między miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy, a tym świadczeniodawcą przekracza łącznie tam i z powrotem 120 km;

4) przewozy w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych realizowane z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do świadczeniodawcy wskazanego skierowaniem na transport sanitarny i z powrotem, w przypadku, gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca winien korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń opieki ambulatoryjnej, realizowanych jedynie przez niektórych świadczeniodawców we właściwym zakresie świadczeń, a miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości przekraczającej łącznie tam i z powrotem 120 km, zaś ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy; powyższą zasadę stosuje się odpowiednio dla możliwych do realizacji w warunkach ambulatoryjnych, procedur kwalifikacji wstępnej świadczeniobiorców do świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

### **Warunki wymagane do zawarcia umowy**

#### **§ 29.**

1. Umowę o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz zawiera się z podmiotem spełniającym łącznie następujące wymagania:

1) posiadanie w dyspozycji ambulansów do transportu sanitarnego drogowego typu A1, A2 o cechach technicznych i jakościowych oraz podstawowym wyposażeniu określonych dla środków transportu medycznego w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, z obsadą kadrową zapewniającą wykonywanie przewozów z zachowaniem warunków, o których mowa w § 8 ust. 3 Ogólnych warunków umów;

- 2) posiadanie miejsca udzielania świadczeń (stacjonowania) dostępnego dla świadczeniobiorców, wyposażonego w telefon i podstawowe urządzenia biurowe oraz zapewniającego bezpieczeństwo przechowywania dokumentacji z realizacji przewozów;
  - 3) posiadanie własnej listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz i/lub oświadczeń o objęciu opieką, o których mowa w § 9 ust. 8 pkt 9 udzielonych przez świadczeniodawców realizujących umowy w zakresie świadczeń lekarza poz, przekazujące temu podmiotowi prawa do objęcia świadczeniobiorców zadeklarowanych u nich do lekarzy poz, opieką w zakresie świadczeń transportu sanitarnego w poz.
2. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 3, podmiot ubiegający się o zawarcie umowy w zakresie świadczeń transportu sanitarnego w poz składa wraz z wnioskiem o zawarcie umowy, o którym mowa w § 2 pkt 20.
  3. Świadczenia transportu sanitarnego w poz mogą być udzielane z udziałem podwykonawców spełniających warunki określone w niniejszym zarządzeniu oraz przepisach odrębnych.
  4. Świadczenia transportu sanitarnego w poz dostępne są od poniedziałku do piątku, w godz. od 8<sup>00</sup> do 18<sup>00</sup>, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
  5. Umowa o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz, poza sytuacjami określonymi w § 28 ust. 2 pkt 3 i 4, nie obejmuje obowiązku zapewnienia transportu sanitarnego podlegającego realizacji przez świadczeniodawców w innych rodzajach świadczeń, zgodnie z obowiązującymi przepisami w ramach kompleksowości udzielania świadczeń.
  6. Świadczenia, o których mowa w § 28 ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz.
  7. Świadczenia, o których mowa w § 28 ust. 2, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia przewozu wydanego przez lekarza poz, po akceptacji wniosku o jego realizację w ramach umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz, dokonanej przez dyrektora właściwego terytorialnie Oddziału Funduszu. Akceptacja dotyczy oceny zgodności wniosku w odniesieniu do przypadków określonych w § 28 ust. 2 i stanowi podstawę rozliczenia zrealizowanego świadczenia.
  8. Wniosek o realizację przewozu, o którym mowa w ust. 7, składa do właściwego terytorialnie Oddziału Funduszu, w uzgodnieniu z lekarzem poz:
    - 1) świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do występowania w jego imieniu, po uzyskaniu zaświadczenia (sporządzonego w języku polskim) od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych, w przypadkach określonych w § 28 ust. 2 pkt 1 i 2;
    - 2) świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do występowania w jego imieniu, po uzyskaniu zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w przypadkach określonych w § 28 ust. 2 pkt 3 i 4.
  9. Wzór wniosku o zlecenie transportu sanitarnego "dalekiego" w poz, określony jest w załączniku nr 8 do zarządzenia.
  10. Zlecenie na przewóz świadczeniobiorcy w transporcie sanitarnym w poz zawiera:

- 1) dane zleceniodawcy;
- 2) dane realizatora zlecenia (nazwa, adres, telefon);
- 3) dane osobowe świadczeniobiorcy: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL;
- 4) dane dotyczące przewozu:
  - a) datę realizacji zlecenia i warunki wykonania przewozu (pozycja siedząca, leżąca, inne wynikające ze stanu zdrowia świadczeniobiorcy),
  - b) wskazania do realizacji przewozu:
    - konieczność natychmiastowego podjęcia leczenia,
    - zachowanie ciągłości leczenia,
    - inna przyczyna medyczna,
  - c) docelowe miejsce przewozu oraz ewentualną informację o transporcie powrotnym,
  - d) informację, czy docelowe miejsce przewozu jest najbliższym miejscem udzielania świadczeń właściwym ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy, a jeśli nie - wskazanie najbliższego;
- 5) dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy (wskazywane w sytuacji uzasadnienia realizacji przewozu "inną przyczyną medyczną"):
  - a) wskazanie medyczne, według wykazu chorób określonego w § 4 ust. 2 rozporządzenia MZ,
  - b) dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca samodzielne poruszanie się i korzystanie ze środków transportu publicznego oraz wymagająca przy poruszaniu się korzystania przez świadczeniobiorcę ze stałej pomocy innej osoby,
  - c) zdolność do samodzielnego poruszania się (braku konieczności korzystania ze stałej pomocy innej osoby), wymagająca przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- 6) rodzaj przewozu: "transport zwykły" albo "transport daleki".

11. W przypadku, gdy zlecenie na wykonanie przewozu środkiem transportu sanitarnego w poz dotyczy innej przyczyny medycznej niż konieczność natychmiastowego podjęcia leczenia lub zachowanie ciągłości leczenia, a w dokonanej przez lekarza poz kwalifikacji do uzyskania świadczenia świadczeniobiorca spełnia przesłanki, o których mowa w ust. 10 pkt 5 lit. a i c, świadczeniodawca wystawiający zlecenie wykonania przewozu obowiązany jest do poinformowania świadczeniobiorcy o konieczności pokrycia przez niego 60% ceny świadczenia ustalonej na podstawie cennika obowiązującego w jednostce realizującej świadczenie transportu sanitarnego.

12. Jeżeli miejsce udzielenia świadczenia wskazane w skierowaniu na transport sanitarny w poz, nie jest najbliższym we właściwym, uzasadnionym względami medycznymi, zakresie - koszty transportu wynikające z różnicy odległości między świadczeniodawcą najbliższym i docelowym, pokrywa świadczeniobiorca, zgodnie z cennikiem obowiązującym w jednostce realizującej świadczenie transportu sanitarnego. O konieczności poniesienia tych kosztów świadczeniobiorca informowany jest przez świadczeniodawcę wystawiającego zlecenie wykonania przewozu.

13. Jednostka udzielająca świadczeń transportu sanitarnego w poz obowiązana jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności Książki wyjazdów.

14. Dokumentacja, o której mowa w ust. 13, zawiera w szczególności:

- 1) dane osobowe świadczeniobiorcy: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, a w przypadku jego braku serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) dane zlecniodawcy;
- 3) dane dotyczące zlecenia na przewóz: datę przyjęcia zlecenia, docelowe miejsce i przyczynę transportu;
- 4) datę realizacji zlecenia i rodzaj transportu ("transport zwykły", "transport daleki");
- 5) liczbę przebytych kilometrów.

15. Zlecenia stanowiące podstawę realizacji przewozów są załączane do prowadzonej przez świadczeniodawcę dokumentacji i podlegają warunkom kontroli realizacji umów.

### **Finansowanie świadczeń transportu sanitarnego w poz**

#### **§ 30.**

1. Świadczenia transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 28 ust. 1, finansowane są na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia oraz zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8.

2. Świadczenia transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 28 ust. 2, rozliczane są na podstawie informacji o zrealizowanych przewozach, dla których jednostki rozliczeniowe stanowią zryczałtowane stawki za przewóz skorelowane z liczbą przebytych kilometrów (tam i z powrotem), określone w załączniku nr 1 do zarządzenia oraz dołączonych przez świadczeniodawcę do rachunku specyfikacji tych przewozów zawierających w szczególności informację o liczbie przebytych kilometrów w odniesieniu do każdego przewozu.

3. Należność z tytułu udzielonych świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, oblicza się przez dodanie:

- 1) iloczynu liczby przewozów zrealizowanych na odległość 121-400 km i ryczału za przewóz określonego w poz. 5.2 załącznika nr 1 do zarządzenia;
- 2) iloczynu liczby przewozów zrealizowanych na odległość przekraczającą 400 km i ryczału określonego w poz. 5.2 załącznika nr 1 do zarządzenia oraz iloczynu liczby przebytych kilometrów przekraczającej odległość 400 km i ryczału określonego w poz. 5.3 załącznika nr 1 do zarządzenia.

## **Rozdział 4**

### **Zawieranie umów w poz**

**§ 31.** Warunki zawarcia umowy stanowią:

- 1) spełnianie przez wnioskującego wymagań określonych w zarządzeniu i w przepisach odrębnych;
- 2) złożenie wniosku, o którym mowa w § 2 pkt 20, wraz z wymaganymi, zgodnie z zarządzeniem, dokumentami i oświadczeniami.

**§ 32.**

1. Wniosek, o którym mowa w § 2 pkt 20, może być złożony w ciągu całego roku kalendarzowego.
2. Wniosek, o których mowa w ust. 1, składa się nie później niż do 10 dnia każdego miesiąca. Złożone prawidłowo wnioski rozpatrywane są w sposób umożliwiający zawarcie umowy na okres od pierwszego dnia kolejnego okresu sprawozdawczego. Jeżeli wnioskujący składa wniosek za pośrednictwem poczty (listownie), termin na złożenie wniosku jest zachowany, jeżeli data stempla pocztowego (data nadania) nie jest późniejsza niż 10 dzień miesiąca, w którym składany jest wniosek.

**§ 33.**

1. Warunki dotyczące złożenia wniosku oraz warunki zawarcia umowy, a także inne dokumenty, udostępniane są wnioskującym w formie elektronicznej, w miejscu i terminie określonym w informacji, o której mowa w § 6 ust. 1.
2. Wnioskujący obowiązany jest do złożenia wniosku w formie pisemnej oraz elektronicznej.
3. Wniosek w formie pisemnej obejmuje:
  - 1) wydruk formularza wniosku, zgodny z jego postacią elektroniczną;
  - 2) dokumenty i oświadczenia, o których mowa w § 36.

**§ 34.**

1. Formularz wniosku, określony w załączniku nr 9 do zarządzenia, sporządzany jest z zastosowaniem aplikacji obsługującej postępowanie, w sposób określony przez dyrektora Oddziału Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania wniosku.
2. Formularz wniosku zawiera:
  - 1) dane identyfikacyjne wnioskującego;
  - 2) wykaz podwykonawców z informacją o umowach podwykonawstwa, w przypadku, gdy w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy dopuszczone jest zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 3) wykaz personelu z opisem kompetencji, w tym personelu podwykonawcy w przypadku jego wystąpienia;
  - 4) wykaz zasobów (sprzętu, pojazdów, pomieszczeń), w tym zasobów podwykonawcy w przypadku jego wystąpienia;
  - 5) wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców;

6) informację o przedmiocie umowy w miejscach udzielania świadczeń, którego dotyczy wnioski, w tym:

- a) informację o zakresie rzeczowym wniosku,
- b) wskazanie potencjału wykonawczego na podstawie wykazów, o których mowa w pkt 2-4,
- c) harmonogram udzielania świadczeń,
- d) odpowiednio do zakresu rzeczowego wniosku, harmonogram pracy personelu albo - w przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz, jego dostępność godzinową.

3. Wnioskujący obowiązany jest do zapoznania się z narzędziami informatycznymi określonymi przez dyrektora Oddziału Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania wniosku.

4. W celu przygotowania wniosku wnioskujący obowiązany jest w szczególności do:

- 1) pobrania materiałów niezbędnych do przygotowania wniosku wraz z wnioskiem elektronicznym;
- 2) zarejestrowania profilu świadczeniodawcy z zastosowaniem Portalu NFZ;
- 3) przygotowania formularza wniosku i wniosku elektronicznego;
- 4) zapisania wniosku elektronicznego na nośniku elektronicznym, z opisem zawierającym następujące informacje:
  - a) wyraz: "wniosek",
  - b) nazwę i adres wnioskującego,
  - c) kod i przedmiot postępowania;
- 5) wydrukowania formularza wniosku zgodnego z wnioskiem elektronicznym, a następnie opatrzenia każdej strony tego wydruku kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania wnioskującego, zgodnymi z załączonym wzorem podpisów (określonym w załączniku nr 10 do zarządzenia);
- 6) umieszczenia wydruku formularza wniosku oraz nośnika elektronicznego z wnioskiem elektronicznym, o których mowa w pkt 4 i 5, w odrębnej, zaklejonej kopercie. Opis koperty powinien zawierać następujące informacje:
  - a) wyraz: "wniosek",
  - b) nazwę i adres wnioskującego,
  - c) kod i przedmiot postępowania;
- 7) umieszczenia koperty, o której mowa w pkt 6, wewnątrz kolejnej koperty lub w innym opakowaniu zawierającym pozostałe dokumenty określone w § 36; każdą stronę dokumentów wymienionych w § 36, załączanych do wniosku, należy opatrzyć kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania wnioskującego, zgodnymi z załączonym wzorem podpisów;
- 8) umieszczenia na kopercie lub opakowaniu, o których mowa w pkt 7, informacji, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 11 do zarządzenia;

9) umieszczenia na kopercie lub opakowaniu, o których mowa w pkt 7, wydruku formularza rejestracyjnego zawierającego kod graficzny wygenerowany przez aplikację obsługującą postępowanie.

### **§ 35.**

1. Wniosek sporządza się, pod rygorem nieważności:

- 1) w sposób określony w § 34;
- 2) w języku polskim i w sposób czytelny.

2. Do dokumentów składanych w języku obcym należy załączyć ich tłumaczenie na język polski dokonane przez tłumacza przysięgłego.

### **§ 36.**

1. Wniosek w formie pisemnej zawiera następujące dokumenty i oświadczenia:

- 1) oświadczenie wnioskującego o wpisach do rejestrów, według wzoru określonego w załączniku nr 12 do zarządzenia;
- 2) w przypadku wnioskujących wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej - kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;
- 3) w przypadku składających wniosek dotyczący świadczeń w zakresie transportu sanitarnego w poz, dodatkowo:
  - a) kopię dokumentów rejestracyjnych ambulansów wskazanych we wniosku,
  - b) w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, niebędących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt 41 ustawy, zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON nadanym przez właściwy urząd statystyczny, zawierające oznaczenie szczegółowe przedmiotu prowadzonej działalności;
- 4) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskującego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania; wnioskujący może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym oświadczenie, w przedmiocie obowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia obowiązywania umowy;
- 5) kopię umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do jej zawarcia z wnioskującym, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy zawartej Funduszem, na zasadach określonych w ustawie - w sytuacji, w której w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy, dopuszczone jest zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nią objętych;



- 6) w sytuacji, w której wnioskujący nie przedstawi dokumentów, o których mowa w pkt 5 - oświadczenie w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy (bez zlecenia podwykonawcom udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy);
- 7) oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 13 do zarządzenia;
- 8) w sytuacji, w której wnioskujący jest reprezentowany przez pełnomocnika - pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskującego, w szczególności do złożenia wniosku, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania wnioskującego wynika z dokumentów złożonych wraz z wnioskiem;
- 9) inne dokumenty lub oświadczenia, jeżeli obowiązek dołączenia ich do wniosku został określony w warunkach zawierania umów.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, składane przez wnioskującego, winny pozostawać w zgodności ze stanem faktycznym i prawnym.

3. Kopie dokumentów winny zostać poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania wnioskującego.

4. Dyrektor Oddziału Funduszu może zażądać przedstawienia oryginału dokumentu w sytuacji, w której kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej zgodności z oryginałem, a brak jest możliwości weryfikacji jej prawdziwości w inny sposób.

5. W razie złożenia przez wnioskującego oryginalnych dokumentów dyrektor Oddziału Funduszu zwraca je, na wniosek wnioskującego, pod warunkiem dostarczenia przez niego kopii tych dokumentów poświadczonych zgodnie z ust. 3.

6. Jeżeli w dniu składania wniosku w dyspozycji Oddziału Funduszu pozostają dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2-3 i 5, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, wnioskujący jest uprawniony do złożenia oświadczenia zgodnego ze wzorem określonym w załączniku nr 14 do zarządzenia.

7. W sytuacji przedłużania okresu obowiązywania umowy niewygasającej z końcem okresu rozliczeniowego, w przypadku konieczności dokonania zmian w danych, o których mowa w § 34 ust. 2, w celu ich dostosowania do aktualnych przepisów, świadczeniodawca obowiązany jest do aktualizacji tych danych.

8. Spełnienie wymogu, o którym mowa w ust. 7, świadczeniodawca potwierdza złożonym w Oddziale Funduszu oświadczeniem (zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 15 do zarządzenia).

9. W sytuacji, w której wnioskujący w dniu złożenia wniosku jest świadczeniodawcą lub innym podmiotem realizującym zgodnie z posiadanymi uprawnieniami umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju poz i w związku z tym w dyspozycji Oddziału Funduszu pozostają zgodne ze stanem faktycznym informacje, o których mowa w § 34 ust. 2 oraz aktualne pod względem stanu prawnego i faktycznego dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2-3 i 5 wniosek, wraz z innymi dokumentami wymaganymi warunkami zawierania umów składany jest wyłącznie w formie pisemnej według wzoru określonego w załączniku nr 16 do zarządzenia.

## § 37.

1. Wnioskujący jest uprawniony do złożenia w danym Oddziale Funduszu jednego wniosku dotyczącego określonego zakresu świadczeń poz.
2. Wnioskujący, którego jednostki organizacyjne są zlokalizowane na obszarze działania więcej niż jednego Oddziału Funduszu, jest uprawniony do złożenia więcej niż jednego wniosku na dane świadczenia poz. W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym, wnioski składa się w Oddziałach Funduszu właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń.
3. Wnioskujący spełniający wymagania dotyczące udzielania wielu zakresów świadczeń w rodzaju poz, jest uprawniony do złożenia kilku wniosków dotyczących różnych świadczeń poz, dla których zarządzenie określa przedmiot umowy.
4. Składający wniosek osobiście otrzymuje potwierdzenie jego złożenia zawierające datę złożenia oraz numer z rejestru wniosków, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do zarządzenia.

### **§ 38.**

1. W sytuacji wystąpienia braków formalnych wniosku dyrektor Oddziału Funduszu wzywa świadczeniodawcę do ich usunięcia wskazując termin dokonania tej czynności.
2. Jeżeli wnioskujący wykonuje wezwanie dyrektora Oddziału Funduszu, o którym mowa w ust. 1, za pośrednictwem poczty (listownie), termin usunięcia braków formalnych wniosku jest zachowany, gdy data stempla pocztowego (data nadania) nie jest późniejsza niż data określona w wezwaniu do usunięcia braków.
3. Kopertę lub przesyłkę zawierającą dokumenty lub oświadczenia stanowiące realizację wezwania, o którym mowa w ust. 2, oznacza się jak składany wniosek oraz dodatkowo umieszcza się wskazanie: "USUNIĘCIE BRAKÓW WNIOSKU".

### **§ 39.**

1. Przy rozpatrywaniu wniosku złożonego przez podmiot, który dotychczas nie realizował umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju poz, a także w stosunku do dotychczasowych świadczeniodawców, w przypadkach wątpliwych wymagających zweryfikowania, Funduszowi przysługuje prawo przeprowadzenia czynności sprawdzających u wnioskującego.
2. Czynności, o których mowa w ust. 1 wykonują, po uprzednim powiadomieniu wnioskującego, upoważnieni członkowie powołanej przez dyrektora Oddziału Funduszu, komisji rozpatrującej wnioski, w obecności osoby upoważnionej przez wnioskującego.
3. Czynności, o których mowa w ust. 1, dokumentowane są w formie protokołu sporządzanego przez osoby wykonujące te czynności, potwierdzanego przez wnioskującego.

**§ 40.** Po rozpatrzeniu wniosku i dokonaniu oceny spełniania przez wnioskującego warunków zawarcia umowy, dyrektor Oddziału Funduszu:

- 1) w przypadku pozytywnej oceny - przedstawia wnioskującemu do podpisania treść umowy, wskazując termin jej podpisania;
- 2) w przypadku negatywnej oceny - przedstawia wnioskującemu w formie pisemnej rozstrzygnięcie z podaniem przyczyn odmowy zawarcia umowy.

§ 41. Wnioskujący, którego wniosek o zawarcie umowy został rozpatrzony przez Oddział Funduszu pozytywnie, przed podpisaniem umowy przesyła do Oddziału Funduszu, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (z zastosowaniem Portalu Funduszu) oraz w formie pisemnej, podpisany przez osoby upoważnione, wniosek w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony został w załączniku nr 18 do zarządzenia. Wniosek, o którym mowa w zdaniu pierwszym, stanowi podstawę do określenia w umowie numeru rachunku bankowego świadczeniodawcy.

## **Rozdział 5**

### **Postanowienia końcowe**

#### **§ 42.**

1. Przepisy zarządzenia stosuje się do zawarcia i zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej począwszy od umów zawieranych na 2016 r. i lata następne.

§ 43. Świadczeniodawcy, którzy realizują umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz, o których mowa w § 1 w ust. 1 pkt 1 wzoru umowy stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia, niezależnie od dotychczas przekazanej sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych, zobowiązani są do sprawozdania wykonania badań za okres całego I półrocza 2016 r. komunikatem ZBPOZ, w terminie do dnia 20 lipca 2016 r.

§ 44. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju poz, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność.

#### **§ 45.**

1. Do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie wniosków złożonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. Dyrektorzy Oddziałów Funduszu obowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami warunków wynikających z wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

3. Przepis ust. 2 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu rozpatrywania wniosków, o których mowa w ust. 1.

§ 46. Traci moc zarządzenie Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

§ 47. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

## ZAŁĄCZNIKI

### ZAŁĄCZNIK Nr 1

#### WARTOŚCI

#### STAWEK KAPITACYJNYCH, PORAD I RYCZAŁTÓW W POZ

L.p.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość rocznej stawki kapitaacyjnej, ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych	Okres obowiązywania przy rozliczaniu świadczeń
1.1a	Świadczenia lekarza poz - przy wskaźniku z wykonania badań < wartości progowej określonej przez Fundusz	Stawka kapitacyjna	<b>142,08</b>	01.01.- 31.03.2016 r.
1.1b	Świadczenia lekarza poz - przy wskaźniku z wykonania badań ≥ wartości progowej określonej przez Fundusz	Stawka kapitacyjna	<b>144,00</b>	01.01. - 31.03.2016 r.
1.1c	Świadczenia lekarza poz	Stawka kapitacyjna	<b>144,00</b>	01.04. - 31.12.2016 r.
1.2	Świadczenie lekarza poz w profilaktyce ChUK	Porada	<b>48,00</b>	01.01. - 31.12.2016 r.
1.3	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	<b>45,00</b>	01.01. - 30.06.2016 r.
			<b>49,00</b>	01.07. - 31.12.2016 r.
1.4	Świadczenie lekarza poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym	Porada	<b>45,00</b>	01.01. - 30.06.2016 r.
			<b>49,00</b>	01.07. - 31.12.2016 r.

	ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP			
1.5	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	<b>45,00</b>	01.01. - 30.06.2016 r.
			<b>49,00</b>	01.07. - 31.12.2016 r.
1.6	Świadczenie lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu "dalekiego" w POZ	Porada	<b>20,00</b>	01.01. - 31.12.2016 r.
1.7	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem karty	Porada	<b>50,00</b>	01.01. - 31.12.2016 r.
2.1	<b>Świadczenia pielęgniarki poz</b>	Stawka kapitacyjna	<b>30,84</b>	01.01. - 31.08.2016 r.
			<b>33,12</b>	01.09. - 31.12.2016 r.
2.2	Świadczenie pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	Porada	<b>5,00</b>	01.01. - 31.12.2016 r.
2.3	Świadczenie pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	<b>12,00</b>	01.01. - 30.06.2016 r.
			<b>13,00</b>	01.07. - 31.12.2016 r.
2.4	Świadczenie pielęgniarki poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w	Porada	<b>12,00</b>	01.01. - 30.06.2016 r.
			<b>13,00</b>	01.07. - 31.12.2016 r.

	związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP			
2.5	Świadczenie pielęgniarstwa udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	<b>12,00</b>	01.01. - 30.06.2016 r.
			<b>13,00</b>	01.07. - 31.12.2016 r.
3.1	Świadczenia położnej poz	Stawka kapitacyjna	<b>17,16</b>	01.01. - 31.08.2016 r.
			<b>19,56</b>	01.09. - 31.12.2016 r.
3.2	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej	Wizyta	<b>31,00</b>	01.01. - 31.12.2016 r.
3.3	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej - wada letalna płodu	Wizyta	<b>46,50</b>	01.07. - 31.12.2016 r.
3.4	Wizyta patronażowa położnej poz	Wizyta	<b>26,00</b>	01.01. - 31.12.2016 r.
3.5	Wizyta patronażowa położnej poz / wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży - wada letalna płodu	Wizyta	<b>39,00</b>	01.07. - 31.12.2016 r.
3.6	Wizyta położnej poz w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	Wizyta	<b>15,00</b>	01.01. - 31.12.2016 r.
3.7	Świadczenie położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	<b>12,00</b>	01.01. - 30.06.2016 r.
			<b>13,00</b>	01.07. - 31.12.2016 r.
3.8	Świadczenie położnej poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym	Porada	<b>12,00</b>	01.01. - 30.06.2016 r.
			<b>13,00</b>	01.07. - 31.12.2016 r.

	tylko na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obywatelom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP			
3.9	Świadczenie położnej poza udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	<b>12,00</b>	01.01. - 30.06.2016 r.
			<b>13,00</b>	01.07. - 31.12.2016 r.
3.10	Świadczenie położnej poza - pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	Porada	<b>17,00</b>	01.01. - 31.12.2016 r.
4.1	<b>Świadczenia pielęgniarki szkolnej</b>	Stawka kapitacyjna	<b>55,08</b>	01.01. - 31.08.2016 r.
			<b>62,16</b>	01.09. - 31.12.2016 r.
4.2	Świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej	Stawka kapitacyjna	<b>5,40</b>	01.01. - 31.12.2016 r.
5.1	<b>Świadczenia transportu sanitarnego w POZ - przewozy realizowane w ramach gotowości</b>	Stawka kapitacyjna	<b>4,80</b>	01.01. - 31.12.2016 r.
5.2	Świadczenie transportu sanitarnego "dalekiego" w POZ - przewóz na odległość (tam i z powrotem) 121 - 400 km	Ryczałt za przewóz	<b>210,00</b>	01.01. - 31.12.2016 r.
5.3	Świadczenie transportu sanitarnego "dalekiego" w POZ - przewozy na odległość (tam i z powrotem) powyżej 400 km	Ryczałt za każdy km przewozu ponad 400	<b>0,84</b>	01.01. - 31.12.2016 r.

**ZALĄCZNIK Nr 2**

**UMOWA Nr ...../.....**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEN GWARANTOWANYCH**

## W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

zawarta w ....., dnia ..... roku, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia - ..... Oddziałem Wojewódzkim**

w ..... z siedzibą:

.....  
(adres),

reprezentowanym przez

.....  
,  
zwanym dalej "**Oddziałem Funduszu**"

**a**

.....  
.  
.....  
.  
(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 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.),  
zwanym dalej "**Świadczeniodawcą**", reprezentowanym przez

## PRZEDMIOT I OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

### § 1.

1. Przedmiot umowy stanowią:

- 1) świadczenia lekarza poz, w tym zgodnie z przyjętą zasadą rozliczeń:
  - a) świadczenia lekarza poz - kapitała w przypisanych do współczynników korygujących grupach świadczeniobiorców określonych w § 15 ust. 2 zarządzenia,
  - b) świadczenia lekarza poz - porady udzielane w stanach, o których mowa w § 8 ust. 8 zarządzenia, świadczeniobiorcom spoza listy:
    - zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy poz lub spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu,
    - innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 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.), zwanej dalej "ustawą", osobom



uprawnionym wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

c) świadczenia lekarza poz - porady udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy),

d) świadczenia lekarza poz - świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia,

e) świadczenia lekarza poz - porady kwalifikacyjne do realizacji świadczenia transportu sanitarnego "dalekiego" w poz,

f) świadczenia lekarza poz - porady związane z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej "kartą" odpowiednio do wag wynikających z wartości uśrednionego WRN ustalonego na dany okres sprawozdawczy, określonych w § 15 ust. 7 zarządzenia;

2) świadczenia pielęgniarki poz:

a) świadczenia pielęgniarki poz - kapitacja w przypisanych do współczynników korygujących grupach świadczeniobiorców określonych w § 19 ust. 2 zarządzenia,

b) świadczenia pielęgniarki poz - świadczenia udzielane w stanach, o których mowa w § 8 ust. 8 zarządzenia, świadczeniobiorcom spoza listy:

– zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy poz lub spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu,

– innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

c) świadczenia pielęgniarki poz - świadczenia udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy),

d) świadczenia pielęgniarki poz - świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy;

3) świadczenia położnej poz, w tym:

a) świadczenia położnej poz - kapitacja na podstawie listy świadczeniobiorców,

b) świadczenia położnej poz - świadczenia w edukacji przedporodowej,

c) świadczenia położnej poz - świadczenia w edukacji przedporodowej - wada letalna płodu,

d) świadczenia położnej poz - wizyty patronażowe,

e) świadczenia położnej poz - wizyty patronażowe/wizyty w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży - wada letalna płodu

f) świadczenia położnej poz - wizyty w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych,

g) świadczenia położnej poz - świadczenia udzielane w stanach, o których mowa w § 8 ust. 8 zarządzenia, świadczeniobiorcom spoza listy:

– zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy poz lub spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu,  
– innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

h) świadczenia położnej w poz - świadczenia udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy),

i) świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy - pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego;

4) świadczenia pielęgniarki szkolnej, w tym:

a) świadczenia pielęgniarki szkolnej - kapitacja według listy uczniów w poszczególnych typach szkół,

b) świadczenia grupowej profilaktyki fluorkowej - kapitacja według listy uczniów klas I-VI w szkołach objętych opieką;

5) transport sanitarny w poz, w tym:

a) świadczenia transportu sanitarnego w poz - przewozy realizowane w ramach gotowości - kapitacja w obrębie populacji objętej opieką,

b) świadczenia transportu sanitarnego w poz - przewozy "dalekie" na odległość "tam i z powrotem" od 121 do 400 km,

c) świadczenia transportu sanitarnego w poz - przewozy "dalekie" na odległość "tam i z powrotem" powyżej 400 km;

2. Przepisy zawarte w ust. 1 dotyczą Świadczeniodawców tylko w zakresie określonym pozytywnie zweryfikowanym wnioskiem o zawarcie umowy. Pozostałe przepisy ulegają wykreśleniu przy zawieraniu umowy, a zdefiniowane przez nie zakresy nie są realizowane przez Świadczeniodawcę.

3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

4. Umowę zawarto na okres: od ..... do .....

5. W okresie rozliczeniowym od 1 stycznia 20.....r. do 31 grudnia 20.....r.

Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać ją zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w przepisach zarządzenia Nr ..../...../DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia ..... w sprawie warunków zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zwanym dalej "zarządzeniem", w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1400, z późn. zm.), zwanych dalej "Ogólnymi warunkami umów", a także, odpowiednio do przedmiotu umowy, w przepisach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu

programów zdrowotnych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy, oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).

## **ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

### **§ 2.**

1. Świadczenia udzielane są przy wykorzystaniu zasobów i zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 1 do umowy, określonym odrębnie dla każdego miejsca udzielania świadczeń.
2. Świadczenia mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w "Wykazie podwykonawców", stanowiącym załącznik nr 2 do umowy. Podwykonawca obowiązany jest spełniać warunki określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych.
3. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
4. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 2 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
5. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń wraz z ich harmonogramami pracy oraz sprzęt i wyposażenie, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Obowiązek zgłoszenia zmiany w harmonogramie pracy lekarza, pielęgniarki, położnej, higienistki szkolnej, o którym mowa w ust. 5, nie dotyczy przypadku, gdy zaistniała zmiana nie przekracza okresu 14 dni. Powyższe nie może spowodować przerwy w ciągłości realizacji umowy, ani też wpłynąć na ograniczenie dostępności do świadczeń dla świadczeniobiorców objętych opieką.
7. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 5, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

**§ 3.** Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ustawy.

### **§ 4.**

1. W przypadku:

- 1) zaprzestania przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz udzielania świadczeń u Świadczeniodawcy;
- 2) zmiany miejsca udzielania świadczeń przez Świadczeniodawcę;
- 3) podziału, zmiany formy organizacyjno-prawnej Świadczeniodawcy lub połączenia z innym świadczeniodawcą

- Świadczeniodawca obowiązany jest poinformować o tym fakcie właściwy Oddział Funduszu oraz świadczeniobiorców.

2. Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorców o zmianach wyszczególnionych w ust. 1 przez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do określonego lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz. Świadczeniodawca obowiązany jest do podjęcia działań zmierzających, do zachowania norm dotyczących liczby świadczeniobiorców, określonych warunkami zawierania umów. Złożone uprzednio deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, tego świadczeniodawcy do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, z zastrzeżeniem, że zmiana miejsca udzielania świadczeń następuje w obrębie administracyjnym gminy lub dzielnicy - w miastach, w których wyodrębniono jednostki pomocnicze.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, świadczeń udziela Świadczeniodawca udzielający świadczeń w dotychczasowym miejscu, pod warunkiem, że świadczenia udzielane są przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz, do których deklarację wyboru złożył świadczeniobiorca.

6. Kontrola danych zawartych w złożonych deklaracjach prowadzona będzie przez Oddział Funduszu zgodnie z zasadami postępowania kontrolnego Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. Stosownie do zakresu świadczeń będącego przedmiotem umowy, w przypadku czasowego (związanego z urlopem, zdarzeniem losowym lub szkoleniem w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych mających zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej) zaprzestania udzielania świadczeń przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz realizujących umowy, jako podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.), w których świadczenia udzielane są jednoosobowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do:

- 1) zabezpieczenia świadczeniobiorcom zadeklarowanym odpowiednio do lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz dostępności do świadczeń poprzez zagwarantowanie zastępstwa na okres nieobecności u innego Świadczeniodawcy;

- 2) odpowiednio wczesnego powiadomienia świadczeniobiorców o zmianach wynikających z modyfikacji wprowadzonej w związku z pkt 1 przez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń;
- 3) poinformowania o zaistniałej sytuacji właściwy Oddział Funduszu.

8. W przypadku wykonywania przez Fundusz planowej kontroli u Świadczeniodawcy w zakresie prawidłowej realizacji postanowień zawartych w umowie, Świadczeniodawca zostaje powiadomiony przez Fundusz o takim zamiarze z wyprzedzeniem, co najmniej 48 godzin przed rozpoczęciem czynności kontrolnych. Czas trwania kontroli, o której mowa w zd. pierwszym nie może przekraczać:

- 1) w odniesieniu do mikroprzedsiębiorców - 12 dni roboczych;
- 2) w odniesieniu do małych przedsiębiorców - 18 dni roboczych;
- 3) w odniesieniu do średnich przedsiębiorców - 24 dni roboczych;
- 4) w odniesieniu do pozostałych przedsiębiorców - 48 dni roboczych.

9. Z ważnych przyczyn, na podstawie przepisów art. 38 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2015 r. poz. 464, z późn.zm.) lekarz poz może odstąpić od leczenia świadczeniobiorcy, o ile nie zachodzi przypadek, gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz inny przypadek niecierpiący zwłoki.

10. W sytuacji, o której mowa w ust. 9 lekarz poz obowiązany jest do:

- 1) uprzedzenia dostatecznie wcześniej świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o podjętej decyzji i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub świadczeniodawcy poz;
- 2) uzasadnienia i odnotowania faktu odstąpienia od leczenia w dokumentacji medycznej i na egzemplarzu złożonej do niego deklaracji wyboru;
- 3) zgłoszenia przypadku wraz z uzasadnieniem właściwemu ze względu na zawartą umowę Oddziałowi Funduszu.

## **INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW**

**§ 5.** Świadczeniodawca obowiązany jest do gromadzenia i przekazywania celem rozliczenia realizacji umowy następujących informacji:

- 1) w zakresach świadczeń lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, odpowiednio do przedmiotu umowy:
  - a) informacji o świadczeniobiorcach objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej poz w formie list świadczeniobiorców, zawierającej każdorazowo aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, których obejmuje opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy,
  - b) informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy,

- c) informacji o badaniach diagnostycznych wykonanych w ramach świadczeń udzielonych przez lekarzy poz;
- 2) w zakresie świadczeń pielęgniarki szkolnej:
  - a) informacji o uczniach objętych przez Świadczeniodawcę opieką pielęgniarki szkolnej w szkołach, z którymi nawiązał współpracę, w formie list uczniów,
  - b) informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy;
- 3) w zakresie świadczeń transportu sanitarnego w poz - informacji o zrealizowanych przewozach.

## § 6.

1. Informacje, o których mowa w § 5 pkt 1 lit. b i w pkt 2 lit. b będą przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Funduszu w formie elektronicznej comiesięcznie, w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (odpowiednio: komunikat XML typu: SWIAD "Komunikat szczegółowy NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych" lub typu ZBPOZ - "Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ"), w terminie do 10. dnia po upływie każdego okresu sprawozdawczego.

2. Informacje, o których mowa w § 5 pkt 1 lit. c zgodnie z wykazem określonym dla POZ w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy oraz zakresem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, będą przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Funduszu w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz i zgodnie z okodowaniem określonym przez Fundusz w załączniku nr 3c do umowy "Wykaz badań diagnostycznych obowiązujący dla realizacji umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz wraz z okodowaniem dla celów sprawozdawczości" - komunikatem XML typu ZBPOZ - "Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ", w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po upływie każdego półrocza roku kalendarzowego.

3. Wykazy świadczeń, o których mowa w § 5 pkt 1 lit. b i pkt 2 lit. b, odpowiednio do przedmiotu umowy, oraz typ komunikatu XML, którym informacja o zrealizowanych świadczeniach będzie przekazywana, określają załączniki nr 3a i 3b do umowy.

4. Zakres danych przekazywanych o świadczeniach wykonanych w okresie sprawozdawczym, odpowiednio do typu komunikatu XML, którym sprawozdawczość będzie realizowana, obejmuje dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, a ponadto:

- 1) kod świadczenia nadany przez Fundusz;
- 2) dla świadczeń udzielonych osobom spoza listy świadczeniobiorców danego Świadczeniodawcy zadeklarowanym odpowiednio do lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, zamieszkałym poza gminą własną i gminami sąsiadującymi z miejscem udzielania świadczeń, oraz dla świadczeń położnej poz udzielanych w przypadku ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 3 lit. c i lit. e, także kod jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10, będący przyczyną zrealizowanego świadczenia;

3) dla udzielonych przez lekarza poz świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia oraz udzielonych przez położną poz świadczeń w Programie profilaktyki raka szyjki macicy - informacje zgodnie z wymogami SIMP.

5. W odniesieniu do świadczeń transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 5 lit. b i c Świadczeniodawca będzie przedstawiał Oddziałowi Funduszu w formie pisemnej, comiesięcznie wraz z rachunkiem, specyfikację wykonanych przewozów, ze wskazaniem liczby przejechanych kilometrów odrębnie dla każdego z nich.

## § 7.

1. Listy, o których mowa w § 5 pkt 1 lit. a i pkt 2 lit. a, będą przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Wojewódzkiemu Funduszu według wzoru i w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (komunikat XML typu DEKL - "Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ / KAOS"), w okresach miesięcznych, według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego, w terminie do 7. dnia każdego okresu sprawozdawczego.

2. Dane dotyczące liczby świadczeniobiorców na liście, będących podopiecznymi DPS albo placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych, będą potwierdzane przynajmniej w styczniu i lipcu każdego roku, w terminach do dnia 7. stycznia i dnia 7. lipca, pisemną informacją sporządzoną zgodnie ze wzorem określonym załącznikiem nr 4 do umowy.

3. Dane dotyczące liczby uczniów na liście potwierdzane będą przynajmniej w marcu i październiku, w terminach do dnia 7. marca i dnia 7. października, podpisaną przez dyrektora szkoły pisemną informacją sporządzoną odrębnie dla każdej szkoły zgodnie z załącznikiem nr 5 do umowy.

4. Uwzględniając listy świadczeniobiorców przekazywane przez innych świadczeniodawców Oddział Funduszu weryfikuje listę przekazaną przez Świadczeniodawcę oraz przekazuje do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez Świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.

5. Lista po przeprowadzonej weryfikacji, o której mowa w ust. 4 jest listą ostateczną za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.

6. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie ostatniej deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.

7. W przypadku pozostawiania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców Fundusz zastrzega sobie prawo wstrzymania finansowania za wskazanych uczniów do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności.

§ 8. W przypadku, gdy świadczeniobiorca po raz czwarty i każdy kolejny w danym roku kalendarzowym dokonuje wyboru świadczeniodawcy, lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę o obowiązku wniesienia z tego tytułu na rzecz właściwego Oddziału Funduszu opłaty w wysokości 80 zł.

§ 9. W przypadku zmian w formacie wymiany danych, o którym mowa w § 6 ust. 1 i 2 oraz w § 7 ust. 1 lub zmian w zakresie danych wymagalnych, Fundusz powiadomi świadczeniodawców z wyprzedzeniem, co najmniej jednego pełnego okresu sprawozdawczego.

## **FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ**

### **§ 10.**

1. Dla finansowania świadczeń lekarza poz, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:

- 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców określonych w § 15 ust. 2 zarządzenia;
- 2) opłatę za poradę w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) udzieloną w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1 lit. b i c;
- 3) opłatę za świadczenie w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) udzielone w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
- 4) opłatę za poradę w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) udzieloną w ramach kwalifikacji do realizacji świadczenia transportu sanitarnego "dalekiego" w poz;
- 5) opłatę za poradę w wysokości ..... zł (słownie ..... zł) związaną z wydaniem karty, z uwzględnieniem współczynników korygujących cenę jednostkową, o których mowa w § 15 ust. 7 zarządzenia.

2. Dla finansowania świadczeń pielęgniarki poz, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:

- 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości ..... zł (słownie: ..... złotych) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców określonych w § 19 ust. 2 zarządzenia;
- 2) opłatę za świadczenie w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) udzielone w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 2 lit. b i c;
- 3) opłatę za świadczenie w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) udzielone przez pielęgniarkę poz w ramach profilaktyki gruźlicy.

3. Dla finansowania świadczeń położnej poz, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:

- 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych);



- 2) opłatę za wizytę w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) udzieloną w edukacji przedporodowej;
  - 3) opłatę za wizytę w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) udzieloną w edukacji przedporodowej - wada letalna płodu;
  - 4) opłatę za wizytę w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) zrealizowaną w ramach wizyt patronażowych;
  - 5) opłatę za wizytę w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) zrealizowaną w ramach wizyt patronażowych/ wizyt w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży - wada letalna płodu;
  - 6) opłatę za wizytę w wysokości ..... zł (słownie: ..... złotych) udzieloną w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych;
  - 7) opłatę za świadczenie w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) udzielone w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 3 lit. g i h;
  - 8) opłatę za pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) wykonane przez ramach świadczeń położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy.
4. Na realizację świadczeń pielęgniarki szkolnej, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
- 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z § 27 ust. 2 zarządzenia;
  - 2) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) na realizację programu profilaktyki fluorkowej dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych, w szkołach objętych opieką przez świadczeniodawcę.
5. Na realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz ustala się:
- 1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) w odniesieniu do realizacji przewozów w ramach gotowości;
  - 2) opłatę ryczałtową za przewóz w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) w odniesieniu do realizacji przewozów na odległość "tam i z powrotem" od 121 km do 400 km;
  - 3) opłatę ryczałtową za przewóz w wysokości ..... zł (słownie:..... złotych) powiększoną o iloczyn liczby przejechanych kilometrów ponad dystans 400 km i opłaty za kilometr ustalonej na ..... zł (słownie:..... złotych), w odniesieniu do realizacji przewozów na odległość "tam i z powrotem" wynoszącą powyżej 400 km.

## § 11.

1. Miesięczna stawka kapitacyjna lub opłata wskazana w § 10, dla której przyjęto wartość 0 zł (słownie: zero złotych) oznacza, że przedmiot umowy nie obejmuje realizacji świadczeń dla których jest ustalana.

2. W przypadku stawek, o których mowa w § 10 ust. 2 pkt 1, ust. 3 pkt 1 oraz ust. 4 pkt 1, obejmują one kwoty wynikające z przekazania środków finansowych na wzrost finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki, położne oraz higienistki szkolne, o którym mowa w § 3 i 4 ust.6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1628), zwanego dalej "rozporządzeniem zmieniającym", w tym:

- 1) dla okresu od stycznia do sierpnia 2016 r. włącznie:
  - a) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 2 pkt 1 - kwotę w wysokości 0,19 zł (słownie: zero, 19/100 złotych),
  - b) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 3 pkt 1 - kwotę w wysokości 0,20 zł (słownie: zero, 20/100 złotych),
  - c) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 4 pkt 1 - kwotę w wysokości 0,59 zł (słownie: zero, 59/100 złotych);
- 2) dla okresu od września do grudnia 2016 r. włącznie:
  - a) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 2 pkt 1 - kwotę w wysokości 0,38 zł (słownie: zero, 38/100 złotych),
  - b) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 3 pkt 1 - kwotę w wysokości 0,40 zł (słownie: 40/100 złotych),
  - c) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 4 pkt 1 - kwotę w wysokości 1,18 zł (słownie: jeden, 18/100 złotych).

3. Uzyskane środki, o których mowa w ust. 2 należy przeznaczyć na wzrost wynagrodzeń odpowiednio: pielęgniarek, położnych, pielęgniarek lub higienistek szkolnych udzielających świadczeń w umowach, zgodnie z § 3 ust. 2 i § 4 ust. 6 rozporządzenia zmieniającego.

## **§ 12.**

1. W celu potwierdzenia przeznaczenia środków, o których mowa w § 11 ust. 2, zgodnie z postanowieniami § 11 ust. 3, świadczeniodawcy przekazują do Oddziału Funduszu comiesięcznie, wraz z dokumentami rozliczeniowymi z realizacji umowy, oświadczenie zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 6 do umowy; nieprzeznaczenie uzyskanych środków zgodnie z postanowieniami, o których mowa w § 11 ust. 3, skutkuje obowiązkiem ich zwrotu na podstawie noty księgowej wystawionej przez Oddział Funduszu oraz nałożeniem kary umownej w wysokości do 5% wartości tych środków.

2. Postanowienia ust. 1, nie dotyczą świadczeniodawców będących osobami fizycznymi, udzielającymi świadczeń w formie indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i praktyk położnych oraz prowadzących przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego i jednoosobowo udzielających w nim świadczeń.

## **§ 13.**

1. Kwoty określone w § 10, obowiązują w okresie od dnia ..... 20.... r. do dnia ..... 20.... r.

2. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń, wypłacana będzie przez Oddział Funduszu na rachunek bankowy Świadczeniodawcy:

nr rachunku:.....

3. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 1, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 7 do umowy.

4. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia lub System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki - w przypadku świadczeń rozliczanych za pośrednictwem tej aplikacji, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa NFZ, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

## **KARY UMOWNE**

### **§ 14.**

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, z późn. zm.) finansowanych w całości lub w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 3, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

## **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

### **§ 15.**

1. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 45-dniowym okresem wypowiedzenia.

2. Każdorazowa zmiana postanowień umowy wymaga zgodnego oświadczenia woli stron tej umowy.

3. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 16. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów oraz przepisy rozporządzeń, o których mowa w § 1 ust. 5.

§ 17. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 18. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy

Załącznik nr 1 - Harmonogram - zasoby

Załącznik nr 2 - Wykaz podwykonawców

Załącznik nr 3a - Wykaz świadczeń poz obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz sprawozdawanych komunikatem XML typu "SWIAD" albo - w przypadku świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia - w systemie informatycznym monitorowania profilaktyki (SIMP)

Załącznik nr 3b - Wykaz świadczeń poz obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej oraz transportu sanitarnego w poz, sprawozdawanych komunikatem XML typu "ZBPOZ"

Załącznik nr 3c - Wykaz badań diagnostycznych obowiązujący dla realizacji umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz wraz z okodowaniem dla celów sprawozdawczości"

Załącznik nr 4 - Wzór informacji o liczbie podopiecznych DPS, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych, resocjalizacyjnych objętych przez świadczeniodawcę świadczeniami lekarza poz/pielęgniarki poz

Załącznik nr 5 - Wzór informacji o liczbie uczniów objętych opieką przez świadczeniodawcę świadczeniami pielęgniarki szkolnej

Załącznik nr 6 - Oświadczenie o przeznaczeniu środków na zwiększenie finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki poz, położne poz, pielęgniarki/higienistki szkolne

Załącznik nr 7 - Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego.

#### **Podpisy stron**

.....

.....

**Świadczeniodawca Oddział Funduszu**

#### **Załącznik Nr 1**

#### **HARMONOGRAM-ZASOBY**

**rodzaj świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna**

Nr pozycji umowy (a)	Kod zakresu świadczeń (b)	Zakres świadczeń (c)	Kod miejsca udzielania świadczeń (d)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń (e)	Adres miejsca udzielania świadczeń (f)	Część VII kodu resortowego (g)	Część VIII kodu resortowego (h)	Profil IX - X cz. kodu res. (i)

### I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń

Harmonogram									
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status D, M, U*

### II. Personel

Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	Pesel (d)	Okres udzielania świadczeń w ramach umowy		Status D, M, U*
				od (n)	do (o)	

### Uprawnienia zawodowe

Grupa zawodowa (p)	Nr Prawa Wyk. Zawodu (q)

### Zawód-specjalność

Nazwa (r)	Stopień specjalizacji (s)	Data uzyskania (t)	Data otwarcia (u)

### Kompetencje

Nazwa (w)	Data uzyskania (y)

### Doświadczenie zawodowe (z)

--

III. Sprzęt								
Unikalny wyróżnik sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)	Ilość (c)	Nr seryjny sprzętu (d)	Rodzaj dostępności sprzętu (e)	Rok produkcji (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status D, M, U*
IV. Pojazdy**								
Unikalny wyróżnik pojazdu (a)	Nazwa pojazdu (b)	Nr rejestracyjny (c)			Rok produkcji (d)	Dostępny od (e)	Dostępny do (f)	Status D, M, U*

\* D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

\*\* wypełniany dla umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz

### Załącznik Nr 2

#### WYKAZ PODWYKONAWCÓW

rodzaj świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
<b>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</b>			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	

Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
<b>Dane rejestrowe podwykonawcy</b>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<b>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</b>			
Umowa/promesa			
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW odpis i pieczęć świadczeniodawcy

### Załącznik Nr 3a

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ POZ OBOWIĄZUJĄCY DLA SPRAWOZDAŃ Z REALIZACJI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ LEKARZA POZ, PIEŁĘGNIARKI POZ, POŁOŻNEJ POZ SPRAWOZDAWANYCH KOMUNIKATEM XML TYPU "SWIAD" ALBO - W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA ORAZ ŚWIADCZEŃ POŁOŻNEJ POZ W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - W SYSTEMIE INFORMATYCZNYM MONITOROWANIA PROFILAKTYKI (SIMP)**

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ <sup>1</sup>	Nazwa jednostki sprawozdawanej
<b>1.</b>	<b>Świadczenia lekarza poz</b>	
1.1	5.01.00.0000121	porada lekarska udzielona w miejscu udzielania świadczeń (wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10; porada finansowana w ramach kapitacji)
1.2	5.01.00.0000122	porada lekarska udzielona w domu pacjenta (wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10; porada finansowana w ramach kapitacji)

1.3	5.01.00.0000046	porada lekarska udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa
1.4	5.01.00.0000047	porada lekarska udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji
1.5	5.01.00.0000048	świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia
1.6	5.01.00.0000051	porada kwalifikacyjna do transportu sanitarnego "dalekiego" w poz
1.7	5.01.00.0000079	porada lekarska udzielona świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony uprawnionemu do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy lub wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
1.8	5.01.00.0000102	porada patronażowa lekarza poz zrealizowana w miejscu udzielania świadczeń
1.9	5.01.00.0000103	porada patronażowa lekarza poz zrealizowana w domu świadczeniobiorcy
1.10	5.01.00.0000104	bilans zdrowia <sup>2</sup>
1.11	5.01.00.0000001	porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO
<b>2.</b>	<b>Świadczenia pielęgniarstwa poz</b>	
2.1	5.01.00.0000107	wizyta patronażowa pielęgniarstwa poz
2.2	5.01.00.0000054	świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy - z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów pod objaśnieniami
2.3	5.01.00.0000052	świadczenie pielęgniarstwa poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa
2.4	5.01.00.0000053	świadczenie pielęgniarstwa poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji
2.5	5.01.00.0000080	świadczenie pielęgniarstwa poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osoby uprawnionej wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowca posiadającego



		ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
<b>3.</b>	<b>Świadczenia położnej poz</b>	
3.1	5.01.00.0000089	wizyta patronażowa położnej poz
3.2	5.01.00.0000123	wizyta patronażowa położnej poz / wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży - wada letalna płodu
3.3	5.01.00.0000110	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży
3.4	5.01.00.0000124	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży - wada letalna płodu
3.5	5.01.00.0000111	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania
3.6	5.01.00.0000125	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania - wada letalna płodu
3.7	5.01.00.0000091	wizyta w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych
3.8	5.01.00.0000055	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa
3.9	5.01.00.0000056	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji
3.10	5.01.00.0000081	świadczenie położnej poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osoby uprawnionej wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowca posiadającego ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
3.11	5.01.00.0000116	świadczenie położnej poz - pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego

**Objaśnienia:**

- 1) kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania  
2) świadczenie kompleksowe obejmujące poradę lekarską udzieloną w związku z badaniem

**Słownik efektów udzielanych świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy**

<b>Kod efektu</b>	<b>Nazwa efektu</b>
2011	pacjent skorzystał z edukacji zdrowotnej w ramach świadczenia
2012	pacjent zakwalifikowany do grupy umiarkowanego ryzyka zachorowania na

	gruźlicę
2013	pacjent zakwalifikowany do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na gruźlicę
2014	pacjent przekazany celem dalszej diagnostyki i leczenia lekarzowi poz

### Załącznik Nr 3b

#### WYKAZ ŚWIADCZEŃ POZ OBOWIĄZUJĄCY DLA SPRAWOZDAŃ Z REALIZACJI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ PIELEŃNIARKI POZ, POŁOŻNEJ POZ, PIELEŃNIARKI SZKOLNEJ, TRANSPORTU SANITARNEGO W POZ SPRAWOZDAWANYCH KOMUNIKATEM XML TYPU "ZBPOZ"

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ <sup>1</sup>	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Uwagi
<b>1</b>	<b>Świadczenia pielęgniarki poz</b>		
1.1	100202	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	Nie należy uwzględniać wizyt sprawozdanych komunikatem "SWIAD"
1.2	100203	liczba pozostałych wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie pielęgniarki poz	
1.3	100204	liczba pozostałych świadczeń profilaktycznych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	Nie należy uwzględniać świadczeń zrealizowanych w ramach wizyt patronażowych sprawozdanych komunikatem "SWIAD" oraz wykazanych komunikatem typu "ZBPOZ" w pozycji oznaczonej kodem 100210
1.4	100205	liczba świadczeń diagnostycznych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	
1.5	100206	liczba świadczeń pielęgnacyjnych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	
1.6	100207	liczba świadczeń leczniczych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	
1.7	100208	liczba świadczeń rehabilitacyjnych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	
1.8	100211	liczba świadczeniobiorców, u których w okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe	
1.9	100210	liczba iniekcji i zabiegów zrealizowanych	

		w okresie sprawozdawczym na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego	
<b>2</b>	<b>Świadczenia położnej poz</b>		
2.1	100302	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	Nie należy uwzględniać wizyt sprawozdanych komunikatem "SWIAD"
2.2	100303	liczba pozostałych wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie położnej poz	
<b>3</b>	<b>Świadczenia pielęgniarki szkolnej</b>		
3.1	100401	liczba testów przesiewowych wykonanych w okresie sprawozdawczym w rocznikach określonych dla bilansów zdrowia	
3.2	100402	liczba badań przesiewowych w pozostałych rocznikach wykonanych w okresie sprawozdawczym	
3.3	100403	liczba wykonanych w okresie sprawozdawczym i udokumentowanych innych świadczeń profilaktycznych	
3.4	100404	liczba świadczeń pomocy doraźnej udzielonych uczniom w okresie sprawozdawczym	
3.5	100405	liczba uczniów, u których wykonane były w okresie sprawozdawczym testy przesiewowe	
3.6	100406	liczba świadczeń leczniczych i zabiegów wykonanych w okresie sprawozdawczym na podstawie zleceń lekarskich u uczniów z chorobami przewlekłymi	
3.7	100407	liczba uczniów z chorobami przewlekłymi, u których w okresie sprawozdawczym wykonywane były na podstawie zleceń lekarskich zabiegi i świadczenia lecznicze	
3.8	100501	liczba uczniów klas I-VI objętych w okresie sprawozdawczym grupową profilaktyką fluorkową	
<b>4</b>	<b>Transport sanitarny w poz</b>		
4.1	101101	przewozy na odległość "tam i z powrotem" do 120 km	
4.2	101202	przewozy wykonane na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego	

		Funduszu, na odległość "tam i z powrotem" od 121 do 400 km	
4.3	101303	przewozy wykonane na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, na odległość "tam i z powrotem" powyżej 400 km	
4.4	101304	pozostałe przewozy zrealizowane w ramach umowy	
4.5	101305	przewozy wykonane w związku z koniecznością podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	Suma przewozów wykazanych w pozycjach 4.1-4.4 powinna być równa sumie przewozów z pozycji 4.5-4.8
4.6	101306	przewozy wykonane w związku z potrzebą zachowania ciągłości leczenia	
4.7	101307	przewozy wykonane w związku z koniecznością odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego	
4.8	101308	przewozy wykonane z innych przyczyn medycznych	

**Objaśnienia:**

<sup>1)</sup> kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

**Załącznik Nr 3c**

**WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH OBOWIĄZUJĄCY DLA REALIZACJI UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ LEKARZA POZ WRAZ Z ICH OKODOWANIEM DLA CELÓW SPRAWOZDAWCZOŚCI<sup>1)</sup>**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania diagnostycznego</b>	<b>Kod procedury diagnostycznej wg Klasyfikacji ICD9<sup>2)</sup></b>	<b>Kody świadczeń wg NFZ dla komunikatu XML typu ZBPOZ</b>
<b>1.</b>	<b>Badania hematologiczne</b>		
1	morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi	C53	1001100006
2	morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi	C55	1001100007
3	retykulocyty	C69	1001100003
4	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	C59	1001100004

2.	Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi		
1	sód	O35	1001200001
2	potas	N45	1001200002
3	wapń zjonizowany	O75	1001200032
4	żelazo	O95	1001200004
5	żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)	O93	1001200033
6	stężenie transferyny	O43	1001200005
7	stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c)	L55	1001100005
8	mocznik	N13	1001200006
9	kreatynina	M37	1001200007
10	glukoza	L43	1001200008
11	test obciążenia glukozą	L43	1001200009
12	białko całkowite	I77	1001200010
13	proteinogram	I79	1001200011
14	albumina	I09	1001200012
15	białko C-reaktywne (CRP)	I81	1001600004
16	kwas moczowy	M45	1001200013
17	cholesterol całkowity	I99	1001200014
18	cholesterol-HDL	K01	1001200015
19	cholesterol-LDL	K03	1001200016
20	triglicerydy (TG)	O49	1001200017
21	bilirubina całkowita	I89	1001200018
22	bilirubina bezpośrednia	I87	1001200019
23	fosfataza alkaliczna (ALP)	L11	1001200020
24	aminotransferaza asparaginianowa (AST)	I19	1001200021
25	aminotransferaza alaninowa (ALT)	I17	1001200022
26	gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)	L31	1001200023
27	amylaza	I25	1001200024
28	kinaza kreatynowa (CK)	M18	1001200025
29	fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	L15	1001200026
30	czynnik reumatoidalny (RF)	K21	1001200027
31	miano antystreptolizyn O (ASO)	U75	1001200028
32	hormon tyreotropowy (TSH)	L69	1001200029
33	antygen HBs-AgHBs	V39	1001200030
34	VDRL	U79	1001200031
35	FT3	O55	1001200034
36	FT4	O69	1001200035
37	PSA - Antygen swoisty dla stercza całkowity	I61	1001200036

<b>3.</b>	<b>Badanie moczu</b>		
1	ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu	A01	1001300001
2	ilościowe oznaczanie białka	A07	1001300002
3	ilościowe oznaczanie glukozy	A15	1001300003
4	ilościowe oznaczanie wapnia	O75	1001300004
5	ilościowe oznaczanie amylazy	I25	1001300005
<b>4.</b>	<b>Badanie kału</b>		
1	badanie ogólne	A23	1001400001
2	Pasożyty	A21	1001400002
3	krew utajona - metodą immunochemiczną	A17	1001400003
<b>5.</b>	<b>Badania układu krzepnięcia</b>		
1	wskaźnik protrombinowy (INR)	G21	1001500001
2	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	G11	1001500002
3	fibrynogen	G53	1001500003
<b>6.</b>	<b>Badania mikrobiologiczne</b>		
1	posiew moczu z antybiogramem	91.33	1001600001
2	posiew wymazu z gardła z antybiogramem	91.831	1001600002
3	posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella	90.92	1001600003
<b>7.</b>	<b>Badania elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku</b>	89.51	1001700001
<b>8.</b>	<b>Badania ultrasonograficzne</b>		
1	USG tarczycy i przytarczyc	88.713	1001800002
2	USG ślinianek	88.717	1001800003
3	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	88.752	1001800004
4	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego	88.761	1001800005
5	USG obwodowych węzłów chłonnych	88.790	1001800006
<b>9.</b>	<b>Spirometria</b>	89.383	1002000001
<b>10.</b>	<b>Zdjęcia radiologiczne</b>		
1	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej	87.44	1001900001
2	zdjęcia kostne:		
2a)	kręgosłupa (cały kręgosłup) w projekcji AP i bocznej	87.22-87.29	1001900002
2b)	kręgosłupa (odcinkowe) w projekcji AP i bocznej	87.22-87.29	1001900003

2c)	kończyn w projekcji AP i bocznej	88.21-88.24 i 88.27-88.29	1001900004
2d)	miednicy w projekcji AP i bocznej	88.26	1001900005
3	zdjęcie czaszki	87.17	1001900006
4	zdjęcie zatok	87.16	1001900007
5	zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	88.191	1001900008

**Objaśnienia:**

1) Wykaz badań uwzględniony w niniejszym załączniku zgodny jest z wykazem zawartym w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 86)

2) Okodowanie według ICD 9 stosowane wyłącznie przy sprawozdawaniu badań diagnostycznych stanowiących podstawę wydania Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) - wykonane przez świadczeniodawcę badania należy sprawozdać komunikatem XML typu SWIAD w ramach "porady związanej z wydaniem Karty".

A. Nie należy sprawozdawać badań dostarczonych lekarzowi poz przez pacjenta w przypadku ich zrealizowania przez innego świadczeniodawcę lub samego pacjenta. W opisanym przypadku należy wykazać jedynie procedury ICD 9 wykonanych badań w ramach umowy świadczeniodawcy poz lub odpowiadające badaniu podmiotowemu i przedmiotowemu w ramach udzielonej porady (ICD 9 - 89.00 lub 89.7).

A. Wykonanie badań, poza wymienionymi w indeksie 2), należy sprawozdawać komunikatem XML typu ZBPOZ w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po zakończeniu półrocza.

**Uwaga!**

**Badania, o których mowa w indeksie 2) nie mogą być uwzględnione w sprawozdaniu, o którym mowa w lit. A.**

**Załącznik Nr 4**

**INFORMACJA O AKTUALNEJ LICZBIE PODOPIECZNYCH DPS, PLACÓWEK SOCJALIZACYJNYCH, INTERWENCYJNYCH, RESOCJALIZACYJNYCH OBJĘTYCH PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ ŚWIADCZENIAMI LEKARZA POZ/PIEŁĘGNIARKI POZ \***

Nr umowy z NFZ

Lp.	Nazwa i adres jednostki	Liczba świadczeniobiorców objętych opieką w danej jednostce			
		DPS	placówka socjalizacyjna	placówka interwencyjna	placówka resocjalizacyjna
1					

2					
3					
4					
5					

.....  
data, miejsce pieczętka imienna i podpis

Świadczeniodawcy

Uwaga! W przypadku placówek wielofunkcyjnych kwalifikować zgodnie z funkcją dominującą placówki

### Załącznik Nr 5

#### Oznaczenie świadczeniodawcy

Numer umowy z NFZ

#### INFORMACJA O LICZBIE UCZNIÓW OBJĘTYCH PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ OPIEKĄ PIELEŃNIARKI SZKOLNEJ - część I

wg stanu na .....(data)

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa, adres i REGON szkoły/placówki lub pieczętka (z adresem) szkoły</b>	<b>Szkoła typu I</b> (szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach) szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku)						<b>Pieczętka i podpis dyrektora szkoły</b>	
		<b>ogólna liczba uczniów w szkole (w tym):</b>	<b>Uczniowie - typ I.1</b>	<b>Uczniowie - typ I.2 (klasy integracyjne i sportowe) i typ I.3 (niepełnosprawni w klasach ogólnych oraz oddziałach specjalnych)</b>					<b>liczba uczniów w w klasach I - VI (podlegających fluoryzacji)</b>
		<b>liczba uczniów w typie I.1</b>	<b>liczba uczniów w klasach o statusie: "sportowa" - typ I.2</b>	<b>liczba uczniów w klasach o statusie: "integracyjna" - typ I.2</b>	<b>liczba uczniów z niepełnością w klasach ogólnych - typ I.3</b>	<b>liczba uczniów w klasach o statusie: "specjalna" - typ I.3</b>	<b>w tym, liczba uczniów z typem niepełnosprawności: typ A - z lekkim upośledzeniem umysłowym, typ B - liczba uczniów w z lekkim upośledzeniem umysłowym, typ C - liczba uczniów w z umiarkowanymi i znacznymi</b>		



								spraw nych rucho wo; słabo widzą cych i niedo widzą cych; słabo słyszą cych i niesłyszających ; przewlekłych chorych (w tym: osób w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie)	wym i niepeł ospraw nych ruchow o; umiark owany m upośled zeniem i sprawn ych ruchow o	ym upośled zeniem umysłow ym i niepełn ospraw nych ruchow o		
1.												
2.												
3.												

.....

pieczętka i podpis Świadczeniodawcy

Oznaczenie świadczeniodawcy

Numer umowy z NFZ

**INFORMACJA O LICZBIE UCZNIÓW OBJĘTYCH PRZEZ  
ŚWIADCZENIODAWCĘ OPIEKĄ PIELEŃNIARKI SZKOLNEJ - część II**

wg stanu na .....(data)

Lp.	Nazwa, adres i REGON szkoły/placówki lub pieczętka (z adresem) szkoły	<b>Szkoła typu II</b> (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa)	<b>Szkoła typu III</b> (szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży)				Pieczętka i podpis dyrektora szkoły
		<b>Uczniowie - typ II</b>	<b>Uczniowie - typ III</b>				
		ogólna liczba uczniów w szkole	ogólna liczba uczniów w szkole	w tym, liczba uczniów z typem niepełnosprawności:		liczba uczniów w klasach I - VI (podlegających fluoryzacji)	
		typ A - z lekkim upośledzeniem umysłowym, sprawnych ruchowo; słabo widzących i niedowidzących; słabo słyszących i niesłyszących; przewlekłe chorych (w	typ B - liczba uczniów z lekkim upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnymi ruchowo; umiarkowanym upośledzeniem i sprawnych ruchowo	typ C - liczba uczniów z umiarkowanym i znacznym upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnymi ruchowo			

				tym: osób w szkołach dla dzieci i młodzieży nieostosowa- wanej społecznie)				
1.								
2.								
3.								

.....  
pieczętka i podpis Świadczeniodawcy

**Załącznik Nr 6**  
**OŚWIADCZENIE**

Nazwa.....

Adres.....

Nr umowy.....

**O PRZEZNACZENIU ŚRODKÓW NA ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA  
ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH PRZEZ PIEŁĘGNIARKI POZ, POŁOŻNE POZ,  
PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNE**

.....  
reprezentowany przez

.....,  
oświadcza, iż w miesiącu ..... roku, z tytułu przekazania przez Narodowy Fundusz Zdrowia w rozliczeniu na podstawie stawki kapitacyjnej, kwot na zwiększenie finansowania świadczeń, o którym mowa w:

1) w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1628), zwanego dalej "rozporządzeniem Ministra Zdrowia" w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r.; albo

2) w § 4 w ust. 6 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.<sup>1</sup>,

- przeznaczył w całości kwotę, wynikającą z iloczynu kwot wzrostu stawek określonych w umowie, z uwzględnieniem współczynników korygujących oraz populacji na listach świadczeniobiorców/uczniów pozytywnie zweryfikowanej do rozliczenia, w zakresach:

- 1) świadczenia pielęgniarstwa poz;
- 2) świadczenia położnej;
- 3) świadczenia pielęgniarstwa/higienistki szkolnej. <sup>3</sup>

Miejscowość, data ..... Podpis i pieczęć .....

### Załącznik Nr 7

#### Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Kod Oddziału Wojewódzkiego

Dane Świadczeniodawcy

(źródło - Portal Świadczeniodawcy)

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.

Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy .....

### ZAŁĄCZNIK Nr 2a

#### OŚWIADCZENIE

Nazwa.....

Adres.....

Nr umowy.....

**O UZGODNIENIU PODZIAŁU ŚRODKÓW NA ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA  
ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH PRZEZ PIEŁĘGNIARKI POZ, POŁOŻNE POZ,  
PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNE**

.....  
reprezentowany przez

.....,  
oświadcza, iż dokonał podziału środków, o których mowa:

1) w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1628), zwanego dalej "rozporządzeniem Ministra Zdrowia" w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r.; albo

2) w § 4 ust. 6 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.<sup>1</sup>,

- odpowiednio do możliwości wynikających z formy prowadzenia działalności leczniczej, poprzez:

1) zawarte porozumienie; albo

2) pozytywnie zaopiniowany sposób podziału środków

- o których mowa w § 2 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia; albo

3) w sposób, o którym mowa w § 2 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia.<sup>4</sup>

Kopie stosownych dokumentów stanowią załączniki do oświadczenia.

Miejscowość, data ..... Podpis i pieczęć .....

**ZAŁĄCZNIK Nr 3**

**OŚWIADCZENIE O OBJĘCIU OPIEKĄ**

.....  
.....  
.....

Oznaczenie świadczeniodawcy

Numer umowy z NFZ

**(Oświadczenie należy sporządzić w dwóch egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron)**

Niniejszym oświadczam, że realizację świadczeń transportu sanitarnego w poz dla populacji pacjentów zadeklarowanych do mojej placówki, w okresie:





3. tętno (30s x 2) a) |\_|\_|\_|, b) |\_|\_|\_|, c) |\_|\_|\_|, d) |\_|\_|\_|

**Wyniki badań biochemicznych:**

- 1. cholesterol całkowity |\_|\_|\_| mg/dl,
- 2. cholesterol HDL |\_|\_|\_| mg/dl,
- 3. cholesterol LDL |\_|\_|\_| mg/dl,
- 4. trójglicerydy |\_|\_|\_| mg/dl,
- 5. glukoza na czczo |\_|\_|\_| mg/dl

**Ocena ryzyka chorób układu krążenia:**

1. ryzyko incydentu sercowo-naczyniowego wg algorytmu **SCORE**: |\_|

**Zalecenia dla pacjenta:**

- 1. Badanie zgodne z zalecanym interwałem - TAK |\_|
- 2. Pacjenta skierowano na edukację - TAK |\_|

.....

dane edukatora

3. Pacjenta skierowano na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej - TAK |\_|  
:

.....

specjalność medyczna poradni specjalistycznej

4. Pacjent pod kontrolą lekarza poz - TAK |\_|

Ad. 2 Edukacja dotyczyła:.....

.....

.....

.....

data i podpis przeprowadzającego edukację podpis świadczeniobiorcy

.....

data badania pieczętka i podpis lekarza

Uwagi:.....

.....

**Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych**

Nr telefonu komórkowego: .....

Nr telefonu stacjonarnego: .....

Adres e-mail: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji



medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przeze mnie danych dla potrzeb realizacji świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia.

.....  
data podpis świadczeniobiorcy

**Informacja o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia:**

**Płeć:** płeć męska oraz kobiety po menopauzie

**Wiek:** mężczyźni > 45 lat, kobiety > 55 lat

**Palenie tytoniu:** powyżej 1 papierosa dziennie

**Nadciśnienie tętnicze:** RRs - 140 mmHg i/lub RRs - 90 mmHg i powyżej w dwóch niezależnych pomiarach oraz pacjenci leczeni z powodu nadciśnienia tętniczego

**Zaburzenia lipidowe:** stężenie cholesterolu całkowitego TC > 190 mg/dl, LDL > 115 mg/dl, HDL <40 mg/dl dla mężczyzn, HDL <46 mg/dl dla kobiet, triglicerydów TG > 150 mg/dl

**Cukrzyca:** glikemia na czczo:  powyżej 125 mg/dl lub w przygodnym pomiarze: 200 mg/dl i powyżej

**Otyłość:** wskaźnik masy ciała - BMI - 30 kg/m<sup>2</sup> i powyżej

**Mała aktywność fizyczna:** aktywność ruchowa (np. spacer, marsze, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, aerobik) rzadziej niż 3 razy w tygodniu po 30 minut

**Ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego:**

Ryzyko dla osób w wieku 35 lat jest oceniane według algorytmu zawartego w przedziale wiekowym oznaczonym liczbą 40, dla osób w wieku 45 lat w przedziale wiekowym oznaczonym liczbą 50, zaś dla osób w wieku 55 lat w przedziale wiekowym oznaczonym liczbą 55.

**Uwaga!** Ryzyko wystąpienia incydentu naczyniowo-sercowego może być istotnie wyższe od oszacowanego na podstawie algorytmu **SCORE**:

1. u osób z silnie obciążającym wywiadem rodzinnym przedwczesnego występowania chorób układu krążenia;
2. u osób z niskim stężeniem cholesterolu HDL, upośledzoną tolerancją glukozy, podwyższonym stężeniem triglicerydów, białka C-reaktywnego, fibrynogenu, homocysteiny, apolipoproteiny B lub Lp (a);
3. u osób otyłych, u osób prowadzących siedzący tryb życia.

**TABLICA SCORE DLA POLSKI**

grafika





1. Czy był/a Pan/Pani w przeszłości poddawana badaniu ankietowemu świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy przez pielęgniarkę poz?

TAK , NIE

jeśli TAK, to ile lat temu ostatni raz?  i czy w efekcie badania skierowano Pana/Panią do dalszej oceny stanu zdrowia przez lekarza poz, do którego Pan/Pani jest zadeklarowana/y?

TAK , NIE

2. Jakie są Pana/Pani warunki mieszkaniowe?

a) mieszkanie ciemne, chłodne, wilgotne, przeludnione (> 4 osób na 1 pokój)

TAK , NIE

b) jestem osobą bezdomną TAK , NIE

c) jestem pensjonariuszem Domu Opieki Społecznej TAK , NIE

3. Czy mieszkający z Panem/Panią, czy też przebywający w Pana/Pani otoczeniu chorują/chorowali na gruźlicę? TAK , NIE

4. Czy jest Pan/Pani osobą narażoną na kontakt z azbestem, sadzą, smołą, spalinami i surowcami gumowymi? TAK , NIE

5. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu cukrzycy? TAK , NIE

6. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu przewlekłej

niewydolności nerek? TAK , NIE

7. Czy określiliby Pan/Pani swój stan odżywienia jako niedożywienie?

TAK , NIE

8. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób krwi? TAK , NIE

9. Czy pali Pan/Pani papierosy? TAK , NIE

10. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu? TAK , NIE

11. Czy jest Pan/Pani uzależniony od narkotyków? TAK , NIE

12. Czy w ostatnim czasie wystąpiły u Pana/Pani następujące dolegliwości?:

a) przewlekły kaszel (utrzymujący się ponad 3 tygodnie) TAK , NIE

b) krwioplucie, duszność, osłabienie, stany podgorączkowe, ból w klatce piersiowej, nocne poty, kaszel TAK , NIE

c) nawracające zakażenia układu oddechowego TAK , NIE

d) nastąpiła utrata wagi ciała (> 6kg w przeciągu miesiąca) TAK , NIE

13. Czy przyjmuje Pan/Pani leki osłabiające odporność np.: leki immunosupresyjne, sterydy? TAK , NIE

**Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych:**

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przeze mnie danych dla potrzeb realizacji świadczeń profilaktyki gruźlicy

.....

data i podpis świadczeniobiorcy

**LEGENDA:**

**ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ "TAK" w pytaniach 2c, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12d, 13, CZĘŚCI WŁAŚCIWEJ ANKIETY - 1 PKT,**

**ZA KAŻDĄ ODPOWIEDŹ "TAK" w pytaniach 2a, 2b, 3, 7, 12a, 12b, 12c, CZĘŚCI WŁAŚCIWEJ ANKIETY - 2 PKT.**

<b>LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCĘ</b>	
----------------------------------------------------------	--

Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę w skali punktowej:

24 -10 podwyższone

9 - 1 umiarkowane

**Wynik oceny na podstawie ankiety**

**U pacjenta stwierdzono podwyższone ryzyko zachorowania na gruźlicę (uzyskał > 9 punktów) i został skierowany celem dalszej oceny stanu zdrowia do lekarza poz, na którego liście świadczeniobiorców się znajduje.**

(adres Poradni) .....

TAK|\_|, NIE |\_|

.....

data, pieczętka i podpis pielęgniarki poz

**ZAŁĄCZNIK Nr 6a**

**Świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy -**

**Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego**

Informacje ogólne:

1. Rozmaz cytologiczny w ramach skryningu może pobierać położna poz posiadająca dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu profilaktyki raka szyjki macicy wydany po 31 grudnia 2010 r. lub dokument potwierdzający ukończenie kursu dokształcającego prowadzonego przez Centralny

Ośrodek Koordynujący lub wojewódzki ośrodek koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu profilaktyki raka szyjki macicy.

2. Świadczenie wykonywane jest u zgłaszających się do badania w Programie, kobiet w wieku między 25 - 59 r.ż. (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia). Wykonanie badania przysługuje 1 raz na 3 lata.

3. W przypadku pacjentek leczonych z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) ponownie zostają objęte skryningiem cytologicznym.

Wykonanie świadczenia obejmuje:

1. Zarejestrowanie pacjentki w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia skryningiem, nie później niż w dniu wykonania badania, oraz wypełnienie ankiety w SIMP.

2. Pobranie materiału do badania przy użyciu jednorazowego wziernika i jednorazowej szczoteczki umożliwiającej pobranie wymazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy. W przypadku, kiedy próbka nie nadaje się do oceny mikroskopowej, świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować o tym pacjentkę i ponownie pobrać materiał do badania. Dopuszcza się odsetek rozmazów nienadających się do oceny na poziomie 3%. W przypadku przekroczenia w/w parametru, oddział wojewódzki Funduszu zaleca usunięcie nieprawidłowości, a w razie niewykonania zaleceń w ciągu 3 miesięcy może rozwiązać umowę ze świadczeniodawcą w przedmiotowym zakresie świadczeń położnej poz.

3. Rozprowadzenie pobranego materiału na całej powierzchni szkiełka podstawowego i jego utwalenie (cytofix lub alkohol 96%).

4. Opisanie wykonanego rozmazu w sposób umożliwiający identyfikację kobiety w SIMP, np. w oparciu o nr badania nadany przez SIMP lub nr PESEL pacjentki, oraz wysłanie badania do pracowni diagnostycznej wyłonionej przez Fundusz w drodze postępowania poprzedzającego zawarcie umów na realizację etapu diagnostycznego Programu profilaktyki raka szyjki macicy (po zakończeniu procedur konkursowych oddział wojewódzki Funduszu właściwy terytorialnie dla siedziby świadczeniodawcy zobowiązany jest udostępnić listę pracowni realizujących etap diagnostyczny Programu).

5. Przeprowadzenie edukacji pacjentki w zakresie prewencji nowotworów szyjki macicy.

6. W przypadku nieprawidłowego wyniku badania, w sytuacji nie zgłoszenia się pacjentki po jego odbiór w ciągu 3 miesięcy - obowiązkowe jej wezwanie po odbiór wyniku badania i jego wydanie wraz z decyzją, co do dalszego postępowania. W sytuacji konieczności weryfikacji wstępnego rozpoznania, skierowanie do odpowiedniej placówki realizującej świadczenia zdrowotne w ramach Etapu pogłębionej diagnostyki Programu.

7. Zalecenie postępowania w przypadku prawidłowego wyniku badania, w tym:

1) zalecenie ponownego zgłoszenia się na badanie po trzech latach w przypadku braku czynników ryzyka;

2) zalecenie wcześniejszego badania cytologicznego (po 12 miesiącach) w ramach Programu w uzasadnionych przypadkach, w szczególności w przypadku kobiet zakażonych wirusem

HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne oraz zakażonych wirusem HPV - typem wysokiego ryzyka.

8. Wpisanie zaleceń dla kobiety odnośnie dalszego trybu postępowania w aplikacji SIMP.

### ZAŁĄCZNIK Nr 7

#### INFORMACJA O SZKOŁACH, Z KTÓRYMI ŚWIADCZENIODAWCA NAWIĄZAŁ WSPÓŁPRACĘ I CHARAKTERYSTYCIE POPULACJI UCZNIÓW OBJĘTYCH W TYCH SZKOŁACH ŚWIADCZENIAMI PIELEŃNIARKI SZKOLNEJ

składającego wniosek o zawarcie umowy

Lp.	Nazwa i adres i REGON szkoły, z którą świadczeniodawca nawiązał współpracę w celu udzielania w niej świadczeń w zakresie POZ: świadczenia pielęgniarstwa i szkolnej	Typ i rodzaj szkoły <sup>1</sup>	Liczba uczniów w szkole ogółem	Charakterystyka populacji uczniów objętych opieką Świadczeniodawcy				Oznaczenie i data podpisania porozumienia przez dyrektora szkoły
				liczba uczniów objętych opieką przez świadczeniodawcę ogółem	w tym:			
					liczba uczniów w w klasach sportowych	liczba uczniów z niepełnosprawnością typu A <sup>2</sup>	liczba uczniów z niepełnosprawnością typu B <sup>2</sup>	
1								
2								
3								
4								
5								

.....  
data i podpis osoby reprezentującej świadczeniodawcę

**Objaśnienia:**





.....  
.  
i z powrotem\*, w związku z zakończeniem/ koniecznością kontynuacji\* leczenia.

**Uzasadnienie wniosku**

.....  
.  
.....  
.  
.....  
miejsowość, data czytelny podpis

osoby wnioskującej

Załączniki:

\* zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych \*

\* zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej \*

**Potwierdzam zasadność realizacji świadczenia transportu sanitarnego we wskazanym powyżej zakresie oraz wskazuję, jako realizatora przewozu**

.....  
.  
(Dane świadczeniodawcy realizującego transport sanitarny z nr telefonu)

.....  
Miejscowość, data podpis i pieczętka

lekarza POZ

**Data akceptacji wniosku w OW NFZ**

.....  
(podpis i pieczętka

przyjmującego wniosek)

**ZAŁĄCZNIK Nr 9**

<b>WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA</b>
<b>I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO</b>

<b>Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskującego - świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
<b>Dane rejestrowe</b>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<b>Certyfikaty</b>			
Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	
<b>II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSK</b>			
<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</b>	Nazwa miejsca udzielania świadczeń		
	Adres miejsca		Teryt
	Kod komórki org. (część VII KR)		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)
			<b>Wybór Populacja</b>

<b>1. Świadczenia lekarza POZ</b>								
<b>2. Świadczenia pielęgniarki POZ</b>								
<b>3. Świadczenia położnej w POZ</b>								
w tym: Świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy								nd
<b>4. Świadczenia pielęgniarki szkolnej</b>								
<b>5. Transport sanitarny w POZ</b>								
<b>Obszar działania</b>								
Kod obszaru		Nazwa obszaru					Populacja	
<b>Dostępność</b>								
Dostępność profilu medycznego/zakresu rzeczowego								
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu								
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz		
<b>Harmonogram dostępności wizyt domowych</b>								
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz		
<b>Personel</b>								
<Unikalny wyróżnik osoby z wykazu>	Nazwisko							
	Imiona					PESEL		
zawód/specjalność				stopień specjalizacji			Nr Prawa Wyk. Zawodu	
Stanowisko/funkcja pracownika					Liczba godzin pracy tygodniowo			
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz		
<b>Doświadczenie</b>								
Nazwa								

Wykształcenie						
Nazwa						
Sprzęt						
<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>	Nazwa sprzętu				Ilość	
Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji		Nr seryjny sprzętu		
Pojazdy*						
<Unikalny wyróżnik pojazdu z wykazu>	Nazwa pojazdu				Ilość	
Rodzaj dostępności pojazdu		Rok produkcji		Nr rejestracyjny		

\* wypełniany dla umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz

### ZAŁĄCZNIK Nr 10

#### WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY PODPISUJĄCEJ WYDRUK FORMULARZA WNIOSKU ELEKTRONICZNEGO

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

#### LUB WNIOSKU

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

### ZAŁĄCZNIK Nr 11

#### OZNACZENIE WNIOSKU

<p>NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA</p> <p>.....Oddział Wojewódzki NFZ w .....</p> <p><b>WNIOSEK</b></p> <p><b>o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń</b></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna</b></p> <p>na okres .....</p> <p>.....</p> <p>(świadczenia będące przedmiotem wniosku)</p>
<p>.....</p> <p>(kod postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o naborze wniosków)</p>
<p>(pełna nazwa wnioskującego - zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny wnioskującego*)</p>
<p>(adres siedziby wnioskującego - zgodny z właściwym rejestrem)</p>
<p>(wnioskujący - pieczęć, podpis, data)</p>
<p>Wydruk formularza rejestracyjnego z kodem paskowym (należy przykleić lub nadrukować)*</p>

\* o ile występuje

### ZAŁĄCZNIK Nr 12

#### OŚWIADCZENIE WNIOSKUJĄCEGO O WPISACH DO REJESTRÓW

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem \* :

-1) podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez

.....,

pod numerem .....

-2) praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez .....

pod numerem .....

-3) osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

-nie dotyczy \*\*

2. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej jestem wpisany do\*:

-Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem .....

-nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem wpisany do \* :

-Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

-nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 518, z późn. zm.).

.....

miejsowość, data) (pieczętka, podpis)

### **ZAŁĄCZNIK Nr 13**

### **OŚWIADCZENIA WNIOSKUJĄCEGO**

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

**Oświadczam, że jako wnioskujący:**

1) zapoznałem się z warunkami zawierania umów i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;

- 2) zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) zapoznałem się i akceptuję wzór umowy określony w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) zapoznałem się z regulaminem technicznym przygotowania wniosku określonym przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) zapoznałem się z aplikacją informatyczną obsługującą postępowanie określoną przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w regulaminie technicznym przygotowania wniosku;
- 6) posiadam tytuł prawny do korzystania z:
  - a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,
  - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
- 7) w przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz, posiadam tytuł prawny do korzystania ze:
  - a) środków transportu sanitarnego zgłoszonych do realizacji umowy;
  - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego;
- 8) będę wykonywał świadczenia objęte umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 6;
- 9) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
- 10) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
- 11) dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 12) nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 518, z późn. zm.).

.....

(miejsowość, data) (pieczęć, podpis)

#### **ZAŁĄCZNIK Nr 14**

#### **OŚWIADCZENIE WNIOSKUJĄCEGO <sup>6</sup>**

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

**Oświadczam, że:**

1) kopia umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwała wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;

2) kopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON nadanym przez właściwy urząd statystyczny, zawierającego oznaczenie szczegółowe przedmiotu prowadzonej działalności, zostały złożone ..... (nazwa oddziału) oddziałowi Wojewódzkiemu

Narodowego Funduszu Zdrowia w postępowaniu Nr .....<sup>7</sup>

dotyczącym świadczeń ..... (rodzaj świadczeń),

a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....

(miejscowość, data) (pieczętka, podpis)

**ZAŁĄCZNIK Nr 15**

**OŚWIADCZENIE**

Nr umowy z NFZ

**o aktualizacji potencjału i spełnieniu warunków koniecznych do realizacji**

**świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów**

Oświadczam, że dokonałem aktualizacji potencjału w Portalu świadczeniodawcy oraz, że spełniam warunki konieczne do realizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, w zakresie<sup>8</sup> :

1) świadczenia lekarza poz,

2) świadczenia pielęgniarki poz,

3) świadczenia położnej poz, w tym:

a) świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy,

4) świadczenia pielęgniarki szkolnej,

5) świadczenia transportu sanitarnego w poz

obowiązujące w okresie rozliczeniowym .....

dd-mm-rrrr - dd-mm-rrrr

wynikające z aktualnych przepisów<sup>9</sup> .

.....

miejscowość, data pieczętka i czytelny podpis osoby



uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

## **ZAŁĄCZNIK Nr 16**

### **WNIOSEK**

Nazwa: .....

adres: .....

nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

Wniosuję niniejszym o zawarcie ze mną na okres ....., umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w miejscach udzielania świadczeń i zgodnie z zakresami świadczeń w tych miejscach, określonych w realizowanej aktualnie umowie nr .....

#### **Oświadczam, że:**

##### **I. właściwe zaznaczyć <sup>10</sup> :**

1. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem:

1) podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez .....,

pod numerem .....,

2) praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez .....,

pod numerem .....

3) osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

nie dotyczy \*

2. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem wpisany do:

Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem .....

nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem wpisany do:

-Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

-nie dotyczy

##### **II. Dokumenty <sup>11</sup> :**

1. kopia umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwała wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;

2. kopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON nadanym przez właściwy urząd statystyczny, zawierającego oznaczenie szczegółowe przedmiotu prowadzonej działalności;

### **III. Informacje:**

1. o miejscach udzielania świadczeń;

2. dotyczące posiadanego sprzętu;

3. o personelu medycznym i harmonogramach jego pracy;

4. podwykonawcach

- zostały złożone ..... (nazwa oddziału) oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia w postępowaniu Nr .....<sup>12</sup> dotyczącym świadczeń ..... (rodzaj świadczeń), a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień dzisiejszy.

Wnioskuje jednocześnie o wykorzystanie przez ..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia moich dokumentów rejestracyjnych oraz zawartych w realizowanej aktualnie umowie danych w zakresie pkt III, w celu zawarcia umowy;

**IV.** W okresie obowiązywania umowy będę miał zawartą umowę ubezpieczenia OC zgodnie z wymogami obowiązujących aktów prawnych;

### **V. Jednocześnie oświadczam, że:**

1. zapoznałem się z warunkami zawarcia i realizacji umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;

2. zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

3. zapoznałem się i akceptuję wzór umowy określony w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

4. posiadam tytuł prawny do korzystania z:

a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,

b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;

5. w przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz, posiadam tytuł prawny do korzystania ze:

a) środków transportu sanitarnego zgłoszonych do realizacji umowy;

b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego;

6. będę wykonywał świadczenia objęte umową z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa odpowiednio do przedmiotu umowy, w pkt 4 i 5;
7. spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
8. spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczenia opieki zdrowotnej;
9. nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 518, z późn. zm.).

.....  
 miejscowość, data pieczętka i czytelny podpis osoby  
 uprawnionej do reprezentowania  
 Świadczeniodawcy

**ZAŁĄCZNIK Nr 17**

**POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA \* / UZUPEŁNIENIA \* / WYCOFANIA \* WNIOSKU**

<p>NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA</p> <p>.....<b>Oddział Wojewódzki NFZ w .....</b></p> <p><b>WNIOSEK</b></p> <p><b>o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń</b></p> <p><b>w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna</b></p> <p>na okres .....</p>
<p>.....</p> <p>(świadczenia będące przedmiotem wniosku)</p>
<p>.....</p> <p>(kod postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o naborze wniosków)</p>
<p>(pełna nazwa wnioskującego - zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny wnioskującego)</p>

(adres siedziby wnioskującego - zgodny z właściwym rejestrem)	
(data złożenia wniosku: dd.mm.rrrr)	(numer z rejestru wniosków)**
(Oddział Funduszu - potwierdzenie złożenia wniosku: pieczęć, podpis, data)	

\*\* o ile występuje

### ZAŁĄCZNIK Nr 18

#### Wniosek w sprawie rachunku bankowego:

(Miejscowość, data)

Kod Oddziału Wojewódzkiego

Oznaczenie Świadczeniodawcy

(źródło - Portal Świadczeniodawcy)

Wnoszę o wpisanie nr rachunku bankowego do przyszłej umowy:

w ..... rodzaju

w ..... zakresie

.....

zawartej ..... na ..... okres

Nr ..... rachunku ..... bankowego

Dane ..... posiadacza ..... rachunku bankowego.....

.....

.....

.....

Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy

### ZALĄCZNIK Nr 19a

**Wykaz rozpoznań wg ICD-10, uwzględniany przy rozliczaniu świadczeń położnej poz udzielanych w przypadku ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, o których mowa w § 20 ust. 3 pkt 2 i 3 zarządzenia**

Kod	Nazwa
Q00	Bezmózgowie i podobne wady rozwojowe
Q00.0	Bezmózgowie
Q00.1	Rozszczep czaszki i kręgosłupa
Q00.2	Rozszczep potylicy
Q01	Przepuklina mózgowa
Q01.0	Przepuklina mózgowa czołowa
Q01.1	Przepuklina mózgowa nosowo-czołowa
Q01.2	Przepuklina mózgowa potyliczna
Q01.8	Przepuklina mózgowa w innej lokalizacji
Q01.9	Przepuklina mózgowa, nie określona
Q02	Małogłowie
Q04.0	Wrodzone wady rozwojowe spoidła wielkiego
Q04.1	Brak wężomózgowia (zespół arinencephalii)
Q04.2	Przdomózgowie jednokomorowe (holoprosencephalia)
Q04.3	Inne wady mózgu z ubytkiem tkanek
Q04.4	Septo-optic dysplasia
Q04.5	Mózg olbrzymi
Q04.6	Wrodzone torbiele mózgu
Q04.8	Inne określone wady rozwojowe mózgu
Q04.9	Wrodzone wady rozwojowe mózgu, nie określone
Q06.0	Brak rdzenia
Q06.1	Niedorozwój i dysplazja rdzenia kręgowego
Q06.2	Rozdwojenie rdzenia
Q06.3	Inne wrodzone wady rozwojowe ogona końskiego
Q10.7	Wrodzona wada rozwojowa oczodołu
Q11	Bezocze, małooocze i wielkooocze
Q11.0	Torbielowata gałka oczna
Q11.1	Inne bezocze
Q11.2	Małooocze
Q11.3	Wielkooocze
Q22.6	Zespół niedorozwoju prawej części serca

Q23.4	Zespół niedorozwoju lewej części serca
Q25.2	Zarośnięcie aorty
Q25.3	Zwężenie aorty
Q25.4	Inne wrodzone wady rozwojowe aorty
Q25.5	Zarośnięcie pnia płucnego
Q25.6	Zwężenie pnia płucnego
Q25.7	Inne wrodzone wady rozwojowe pnia płucnego
Q26.2	Całkowicie nieprawidłowe ujście żył płucnych
Q26.3	Częściowo nieprawidłowe ujście żył płucnych
Q26.4	Nieprawidłowe ujście żył płucnych, nie określone
Q26.5	Nieprawidłowe ujście żyły wrotnej
Q26.6	Przetoka pomiędzy żyłą wrotną a tętnicą wątrobową właściwą
Q27.0	Wrodzony brak i niedorozwój tętnicy pępkowej
Q32.0	Wrodzone rozmiękanie tchawicy
Q32.1	Inne wrodzone wady rozwojowe tchawicy
Q32.2	Wrodzone rozmiękanie oskrzeli
Q33	Wrodzone wady rozwojowe płuc
Q33.0	Wrodzona torbielowatość płuc
Q33.3	Niewytworzenie płuca
Q33.6	Niedorozwój lub dysplazja płuca
Q41	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
Q41.0	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie dwunastnicy
Q41.1	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
Q41.2	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita krętego
Q41.8	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie innej określonej części jelita cienkiego
Q41.9	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie nie określonej
Q42	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
Q44.2	Zarośnięcie przewodów żółciowych
Q44.6	Torbielowatość wątroby
Q44.7	Inne wrodzone wady rozwojowe wątroby
Q45.0	Niewytworzenie, zanik lub niedorozwój trzustki
Q60.1	Agenezja nerki, obustronna
Q60.4	Niedorozwój nerki, obustronny
Q60.6	Zespół Pottera
Q61	Wielotorbielowatość nerek
Q77.0	Brak tkanki chrzęstnej (achondrogeneza)
Q77.1	Karłowatość, postać śmiertelna (thanatophoric short stature)
Q79.3	Wytrzewienie (gastroschisis)

Q79.4	Zespół suszonej śliwki (zespół wiotkiego brzucha)
Q80.4	Płód arlekin
Q81.1	Pęcherzowe oddzielanie naskórka, postać śmiertelna
Q89.4	Bliźnięta zrosnięte (zrosłaki)
Q89.7	Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej
Q90	Zespół Downa
Q90.0	Trisomia 21, mejotyczna nierozdzielność
Q90.1	Trisomia 21, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)
Q90.2	Trisomia 21, translokacja
Q90.9	Zespół Downa, nie określony
Q91	Zespół Edwardsa i zespół Patau
Q91.0	Trisomia 18, mejotyczna nierozdzielność
Q91.1	Trisomia 18, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)
Q91.2	Trisomia 18, translokacja
Q91.3	Zespół Edwardsa, nie określony
Q91.4	Trisomia 13, mejotyczna nierozdzielność
Q91.5	Trisomia 13, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)
Q91.6	Trisomia 13, translokacja
Q91.7	Zespół Patau, nie określony
Q92	Inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q92.0	Trisomia całego chromosomu, mejotyczna nierozdzielność
Q92.1	Trisomia całego chromosomu, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)
Q92.2	Trisomia duża
Q92.3	Trisomia mała
Q92.4	Mikroduplikacje (duplikacje widzialne tylko podczas prometafazy)
Q92.5	Duplikacje współistniejące z innymi złożonymi przemieszczeniami
Q92.6	Extra marker chromosomes
Q92.7	Triploidia i poliploidia
Q92.8	Inne określone całkowite i częściowe trisomie autosomów
Q92.9	Trisomia całkowita lub częściowa autosomów, nie określona
Q93	Monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej
Q93.0	Monosomia całego chromosomu, mejotyczna nierozdzielność
Q93.1	Monosomia całego chromosomu, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)
Q93.2	Chromosom przemieszczony z ringiem lub dicentryczny
Q93.3	Delecja krótkiego ramienia chromosomu 4
Q93.4	Delecja krótkiego ramienia chromosomu 5
Q93.5	Inne delecje części chromosomów
Q93.6	Mikrodelecje (delecje widzialne tylko podczas prometafazy)
Q93.7	Delecje współistniejące z innymi złożonymi przekształceniami





.....  
.  
.....  
.  
.....

Miejscowość, data podpis i pieczętka lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

### **Uzasadnienie**

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U., poz. 581, z późn. zm.).

Zarządzenie scala regulacje wprowadzone na rok 2016 i lata następne zarządzeniem Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna oraz zarządzeniami zmieniającymi: Nr 2/2016/DSOZ z dnia 12 stycznia 2016 r., Nr 35/2016/DSOZ z dnia 6 maja 2016 r. i nr 48/2016/DSOZ z dnia 20 czerwca 2016 r., a ponadto wprowadza nowe, wynikające z:

1) wchodzących w życie z dniem 1 lipca 2016 r. zmian w zakresie przepisów m.in. art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.);

2) rozpatrzenia przez Fundusz, w wyniku rozmów w trakcie spotkań w dniach: 12.04. 2016 r., 05.05. 2016 r., 06.05.2016 r., 07.06.2016 r., 08.06.2016 r., 15.06.2016 r. i 22.06.2016 r., oraz wymiany korespondencji, wniosków zgłoszonych przez organizacje świadczeniodawców w trakcie opiniowania projektu zarządzenia Nr 35/2016/DSOZ z dnia 6 maja 2016 r., dotyczących wzrostu nakładów na POZ w 2016 r., w tym:

- wzrostu cen świadczeń rozlicznych na podstawie cen jednostkowych,

- wzrostu finansowania świadczeń lekarza poz dla populacji w grupach wiekowych: 40-65 r.ż. i powyżej 65 r.ż., z uwagi na obciążenia kosztowe wynikające z liczby udzielanych świadczeń pacjentom w ww. przedziałach wiekowych oraz ich kosztochłonność, potrzebę zabezpieczenia środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w "praktykach lekarskich" od 1 września 2016 r. oraz pokrycie kosztów przewidywanej wzmożonej zgłaszalności świadczeniobiorców w związku z procedowanymi przez Ministerstwo Zdrowia regulacjami dotyczącymi refundacji leków dla populacji powyżej 75 r.ż.;

3) konieczności doprecyzowania warunków umowy w części dotyczącej zasad rozliczania świadczeń udzielanych przez położne poz w opiece okołoporodowej w przypadku ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami płodu.

Ponadto, celem poprawy dostępności do świadczeń lekarza poz i pielęgniarki poz, zmniejszoną zalecana liczbę zadeklarowanych pacjentów do 1 lekarza/pielęgniarki z 2750 do 2500 osób. Docelowo, powyższe powinno skutkować wzrostem liczby lekarzy/pielęgniarek udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Projekt zarządzenia podlegał opiniowaniu w okresie od 16.06.2016 r. do 23.06.2016 r.

W trakcie opiniowania projektu zarządzenia uwagi zgłosiło 12 uprawnionych podmiotów, w tym 3 poinformowały o braku uwag. Postulaty mające charakter finansowy, zostały uwzględnione w zakresie niewykraczającym poza aktualne możliwości finansowe Funduszu. Wprowadzone przez Fundusz regulacje finansowe skutkują w roku bieżącym wzrostem kosztów finansowania świadczeń POZ na łączną kwotę ok. 156,5 mln zł. Oszacowana kwota wzrostu kosztów nie wpływa na zmianę planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

<p><b>Nazwa zarządzenia</b></p> <p>Zarządzenie Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej</p> <p><b>Komórka odpowiedzialna za projekt:</b></p> <p>Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ</p>	<p><b>Data sporządzenia</b></p> <p>27. 06. 2016 r.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

### OCENA SKUTKÓW REGULACJI

#### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Celem zmian wprowadzonych publikowanym zarządzeniem jest dostosowanie treści zarządzenia do wchodzących w życie z dniem 1 lipca 2016 r. zmian w zakresie przepisów m.in. art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.), które skutkują zmianą podstawy prawnej zarządzeń wydawanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz wdrożenie uzasadnionych merytorycznie i kosztowo zmian w finansowaniu świadczeń POZ, będących wynikiem rozpatrzenia przez Fundusz w wyniku rozmów w trakcie spotkań w dniach: 12.04. 2016 r., 05.05. 2016 r., 06.05.2016 r., 07.06.2016 r., 08.06.2016 r., 15.06.2016 r. i 22.06.2016 r. oraz w drodze wymiany korespondencji, wniosków zgłoszonych przez organizacje świadczeniodawców w trakcie opiniowania projektu zarządzenia Nr 35/2016/DSOZ z dnia 6 maja 2016 r., dotyczących wzrostu nakładów na POZ w 2016 r., w tym:

- wzrostu cen świadczeń rozlicznych na podstawie cen jednostkowych,
- wzrostu finansowania świadczeń lekarza poz dla populacji w grupach wiekowych: 40-65 r.ż. i powyżej 65 r.ż., z uwagi na obciążenia kosztowe wynikające z liczby udzielanych świadczeń pacjentom w ww. przedziałach wiekowych oraz ich kosztochłonność, potrzebę zabezpieczenia środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w "praktykach lekarskich" od 1 września 2016 r. oraz pokrycie kosztów przewidywanej wzmożonej zgłaszalności świadczeniobiorców w związku z procedowanymi przez Ministerstwo Zdrowia regulacjami dotyczącymi refundacji leków dla populacji powyżej 75

r.ż.			
<p>Pozostałe zmiany dotyczą doprecyzowania warunków umowy w części dotyczącej zasad rozliczania świadczeń udzielanych przez położne poz w opiece okołoporodowej w przypadku ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami płodu.</p> <p>Ponadto, celem poprawy dostępności do świadczeń lekarza poz i pielęgniarki poz, zmniejszoną zalecana liczbę zadeklarowanych pacjentów do 1 lekarza/pielęgniarki z 2750 do 2500 osób. Docelowo, powyższe powinno skutkować wzrostem liczby lekarzy/pielęgniarek udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.</p>			
<b>2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt</b>			
<b>3. Podmioty, na które oddziałuje projekt</b>			
Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Komórki w Centrali NFZ odpowiedzialne za przygotowanie procesu kontraktowania świadczeń	DSOZ DI		Implementacja postanowień zarządzenia do aplikacji informatycznych obsługujących proces zawierania/aneksowania umów oraz proces rozliczeń
Komórki Organizacyjne w oddziałach wojewódzkich NFZ			Organizacja i przeprowadzenie procesu aneksowania umów POZ
Podmioty lecznicze będące realizatorami umów o udzielanie świadczeń POZ	100%	Umowy o udzielanie świadczeń POZ	Wzrost przychodów z realizacji umów na pokrycie wzrostu kosztów świadczeń wynikających m.in. z wprowadzanych rozwiązań prawnych
<b>4. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji</b>			
<p>Projekt zarządzenia opiniowany był w okresie od 16.06.2016 r. do 23.06.2016 r. W trakcie opiniowania projektu zarządzenia uwagi zgłosiło 12 uprawnionych podmiotów, w tym 3 poinformowały o braku uwag. Postulaty mające charakter finansowy, zostały uwzględnione w zakresie niewykraczającym poza aktualne możliwości finansowe Funduszu.</p>			
<b>5. Skutki finansowe</b>			

Szacowane skutki finansowe wprowadzonych zwiększają koszty finansowania świadczeń POZ w bieżącym roku o ok. 156,5 mln złotych. Powyższy wzrost kosztów nie wpływa na zmianę planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.
<b>6. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego</b>
Przepisy zarządzenia będą miały zastosowanie do zawierania i realizacji umów od dnia 1 lipca 2016 r.
<b>7. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?</b>

<sup>1</sup> 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. W. L 329 z 17.12.2003 r., str. 1-270), rozporządzeniem Komisji (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) oraz dyrektywy 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące procedur udzielania zamówień publicznych w zakresie zmiany CPV (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. U. L 74 z 15.3.2008, str. 1-375) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 596/2009 z dnia 18 czerwca 2009 r. dostosowującym do decyzji Rady 1999/468/WE niektóre akty podlegające procedurze, o której mowa w art. 251 Traktatu, w zakresie procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą - Dostosowanie do procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą - Część czwarta (Dz.U. L 188 z 18.7.2009, str. 14-92).

<sup>2</sup> rozumie się przez to osoby uprawnione na podstawie przepisów, o których mowa w art. 5 pkt 32 ustawy, legitymujące się poświadczeniem wydanym przez właściwy terytorialnie Oddział Funduszu na podstawie zarejestrowanego formularza E106 lub E109, lub E120, lub E121, lub odpowiednio dokumentu S1 albo DA1, wydanych przez instytucję innego państwa członkowskiego UE/EFTA, oraz osoby posiadające wydany przez Narodowy Fundusz Zdrowia formularz E106 lub E109, lub E120, lub E121, lub E123 lub dokument S1 albo DA1 zamieszkujące w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA, którym zgodnie z obowiązującymi przepisami o koordynacji, tj. art. 18 i 27 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. L 166 z 30.04.2004, str. 1-123, z późn. zm.), pomimo zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej, jako państwie właściwym.

\* - niepotrzebne skreślić

<sup>3</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>4</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>5</sup> niepotrzebne skreślić; ważność oświadczenia winna odpowiadać terminowi końcowemu umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz, zawartej z Funduszem przez Cedenta, albo w

przypadku umów wieloletnich kończących się z terminem późniejszym niż 31 grudnia okresu rozliczeniowego właściwego dla daty oświadczenia, winna odpowiadać dacie końca umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz realizowanej przez Cesjonariusza.

\* niepotrzebne skreślić

\* niepotrzebne skreślić

\* właściwe zaznaczyć

\*\* możliwe wyłącznie w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, nie będących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ustawy

\* właściwe zaznaczyć

<sup>6</sup> Wnioskujący skreśla dokumenty, których nie ma obowiązku składać, oraz dokumenty, które nie są w posiadaniu oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

<sup>7</sup> Zgodnie z numerem ogłoszenia o postępowaniu, w którym złożono wykazane dokumenty.

<sup>8</sup>) niepotrzebne skreślić

<sup>9</sup>) w szczególności wydanych na podstawie art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2015 r. poz. 581, ze zm.)

<sup>10</sup>) Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 518, z późn. zm).możliwe wyłącznie w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, nie będących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ustawy

\* możliwe wyłącznie w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, nie będących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ustawy

<sup>11</sup>) Wnioskujący skreśla dokumenty, których nie ma obowiązku składać, oraz dokumenty, które nie są w posiadaniu oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

<sup>12</sup>) Zgodnie z numerem ogłoszenia o postępowaniu, w którym złożono wykazane dokumenty

\* niepotrzebne skreślić

\* niepotrzebne skreślić

\* niepotrzebne skreślić

\* NIEWŁAŚCIWE SKREŚLIĆ