

ZARZĄDZENIE Nr 86/2014/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 17 grudnia 2014 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zmienionym zarządzeniem Nr 31/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 czerwca 2014 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w ust. 1:

a) po pkt 3 dodaje się pkt 3a i 3b w brzmieniu:

„3a) **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;

3b) **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;”

b) po pkt 19 dodaje się pkt 19a – 19b w brzmieniu:

„19a) **wskaźnik wykonania badań diagnostycznych (WWBD)** – począwszy od IV kwartału 2015 r., wyliczany przez Fundusz kwartalnie dla celów rozliczeń ze świadczeniodawcą na podstawie rocznej stawki kapitałowej, wskaźnik poziomu

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570, Nr 237, poz. 1654; z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188 i 1491.

wykorzystania badań diagnostycznych pozostających w zakresie zadań lekarza poz w procesie diagnostyki i leczenia populacji świadczeniobiorców objętych opieką;

19b) **uśredniony wskaźnik rozpoznawania nowotworów (uśredniony WRN)** – wyliczana przez Fundusz wartość liczbowa określająca skuteczność diagnoz poprzedzających wydanie kart przez lekarzy poz udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy, stanowiąca podstawę do rozliczania świadczeń związanych z ich wydaniem. W sytuacji, gdy lekarz poz jest jednocześnie świadczeniodawcą, uśredniony WRN równy jest indywidualnemu WRN;”;

2) w § 9:

a) w ust. 1 w pkt 1 lit. a otrzymuje brzmienie:

„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 koordynacji²⁾,”

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. W przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców jest deklaracja wyboru złożona przez osobę, dla której w dacie złożenia deklaracji, dane usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców udostępnianej przez Fundusz nie potwierdzają uprawnień, 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. 6-9 ustawy, wpis taki ważny jest przez trzy okresy sprawozdawcze od daty złożenia deklaracji.”

a) w ust. 5 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy oraz osobom uprawnionym wyłącznie w związku z przepisami, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy.”;

3) w § 10:

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

²⁾ 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.

„1) kapitaacyjną 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;”

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. 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 § 9 ust. 5 i 6 oraz w § 20 ust. 2-4, w odniesieniu do 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, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 3b, gdzie wymagane jest dołączenie do dokumentacji medycznej pacjenta kopii wydanej karty.”

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Potwierdzenie wykonania badania diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej u świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń lekarza poz stanowi dokonanie jego opisu 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.”

d) w ust. 7:

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) należność z tytułu udzielonych świadczeń finansowanych metodą kapitaacyjną 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:

- a) w przypadku świadczeń lekarza poz, począwszy od II półrocza 2015 r., wysokość rocznej stawki kapitacyjnej, uzależniona jest od przyjętego sposobu sprawozdawania wykonania badań diagnostycznych w danym okresie (komunikat XML typu ZBPOZ albo komunikat XML typu SWIAD – zgodnie z wyborem świadczeniodawcy – możliwość wyboru nie dotyczy badań, dla których przepisy wydane na podstawie art. 31d ustawy określają wymaganą formę

sprawozdawczości), oraz począwszy od IV kwartału 2015 r., także od poziomu wskaźnika wykonania badań diagnostycznych, o którym mowa w § 2 pkt 19a. Informację o wartości rocznej stawki kapitałowej obowiązującej dla danego okresu sprawozdawczego Fundusz przekazuje świadczeniodawcy,

b) w przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej w ramach umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej, należność powiększona jest o iloczyn liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitałowej stawki rocznej, odrębnie określonej dla finansowania tych świadczeń w załączniku nr 1 do zarządzenia;”,

- po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) w przypadku deklaracji wyboru złożonych przez osoby, dla których dane usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców udostępnianej przez Fundusz w dacie weryfikacji nie potwierdzą posiadania uprawnień do świadczeń, deklaracje te nie zostaną uwzględnione w realizowanym rozliczeniu świadczeń; w przypadku deklaracji, dla których podstawą przyjęcia był dokument ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy albo oświadczenie świadczeniobiorcy złożone zgodnie z przepisami art. 50 ust. 6 - 9 ustawy, przeprowadzona weryfikacja uprawnień do świadczeń uwzględniała będzie zachowanie warunku, o którym mowa w § 9 ust. 2a;”,

- pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) 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.”;

4) po § 12 dodaje się § 12a w brzmieniu:

„**§ 12a.** 1. W przypadku podejrzenia wystąpienia u świadczeniobiorcy nowotworu złośliwego, z wyłączeniem nowotworów skóry, za wyjątkiem czerniaka skóry, uprawdopodobnionego postępowaniem diagnostycznym przeprowadzonym odpowiednio do podejrzewanego rodzaju i lokalizacji nowotworu, lekarz poz wydaje świadczeniobiorcy kartę, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 3b.

2. Wydanie karty, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 3b, jest dokonywane z zastosowaniem aplikacji informatycznej (systemu informatycznego) udostępnionej

przez Fundusz i sprawozdawane w formie porady lekarskiej. Wraz z informacją o zrealizowanej poradzie świadczeniodawca przekazuje informacje o wykonanej diagnostyce onkologicznej poprzedzającej wydanie karty, w szczególności o wykonaniu następujących badań diagnostycznych:

- 1) TSH, FT3, FT4, PSA;
- 2) RTG: klatki piersiowej w projekcji AP; klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej, jamy brzusznej, kości miednicy, kończyny górnej, kończyny dolnej;
- 3) badań USG, zgodnie z wykazem, o którym mowa w § 12 ust. 4.

3. Informacja, o której mowa w ust. 2, przekazywana jest na zasadach określonych w § 10 ust. 10.

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 19b zd. 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 3b 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, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3b, wydanych przez lekarzy poz udzielających świadczeń u świadczeniodawcy, świadczeniobiorcom, u których w wyniku przeprowadzonej diagnostyki onkologicznej rozpoznano nowotwór złośliwy, z wyłączeniem nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry, do liczby kart wydanych świadczeniobiorcom przez tych lekarzy, na podstawie których 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. Od dnia otrzymania przez lekarza poz informacji o nieosiągnięciu minimalnej wartości indywidualnego WRN, o której mowa w art. 32a ust. 9 ustawy, lekarz poz nie może wydawać kart, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3b, do dnia przedstawienia Funduszowi zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie wczesnego rozpoznawania nowotworów.

11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10, do czasu wydania przez lekarza poz kolejnych piętnastu kart, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3b, 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, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3b, 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 kart.

13. Realizując obowiązek o którym mowa w ust. 12 świadczeniodawca obowiązany jest stosować wzór znaku graficznego, określony w załączniku nr 5a do zarządzenia.”;

5) w § 14 ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„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 zd. 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) § 15 otrzymuje brzmienie:

„**§ 15.** 1. Finansowanie świadczeń udzielonych przez lekarza poz na podstawie rocznej stawki kapitałowej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 7, 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 6, w wieku od 0 do 6. roku życia – współczynnikiem 2,0;
- 2) osoba niewymieniona w pkt 6, w wieku od 7. do 19. roku życia – współczynnikiem 1,2;
- 3) osoba niewymieniona w pkt 6, w wieku od 20. do 39. roku życia – współczynnikiem 1,0;
- 4) osoba niewymieniona w pkt 6, w wieku od 40. do 65. roku życia – współczynnikiem 1,1;
- 5) osoba niewymieniona w pkt 6, w wieku powyżej 65. roku życia – współczynnikiem 2,0;
- 6) podopieczny 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 5, 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 § 10 ust. 8 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 5, są określone w załączniku nr 1 do zarządzenia.

7. W przypadku porad, o których mowa w § 12a ust. 2, cena jednostkowa świadczenia korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do wartości uśrednionego WRN wyliczonego dla świadczeniodawcy, zgodnie z zasadami określonymi w § 12a 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 ustawy i niższej niż 1/12 – współczynnik 0,28.”;
- 7) załącznik nr 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 8) we wzorze umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiącym załącznik nr 2 do zarządzenia :
 - a) w § 1:
 - w ust. 1:
 - - pkt 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1) świadczenia lekarza poz, w tym zgodnie z przyjętą zasadą rozliczeń:
 - a) świadczenia lekarza poz – kapitacja w przypisanych do współczynników korygujących grupach świadczeniobiorców określonych w § 15 ust. 2 zarządzenia, odpowiednio do okresu finansowania,
 - b) świadczenia lekarza poz – porady udzielane w stanach, o których mowa w § 9 ust. 5 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 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), 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;”
- - w pkt 2 w lit. b tiret drugie otrzymuje brzmienie:
- „- innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 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;”
- - w pkt 3 w lit. e tiret drugie otrzymuje brzmienie:
- „- innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 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;”
- ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4. Umowę zawarto na okres:

5. W okresie objętym umową Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać ją zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w przepisach *zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zwanym dalej „zarządzeniem”*, w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), 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).”,

b) w § 2 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„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.”,

c) § 6 otrzymuje brzmienie:

„§ 6. 1. Informacje, o których mowa w § 5 ust. 1 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 ust. 1 pkt 1 lit. c zgodnie z wykazem aktualnym dla okresu umowy, 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 Słowniku badań diagnostycznych lekarza poz” opublikowanym na stronie internetowej w formie komunikatu:

- 1) w przypadku sprawozdawczości zbiorczej – 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 kwartału roku kalendarzowego;
- 2) w przypadku sprawozdawczości indywidualnej do numeru PESEL pacjenta – komunikatem XML typu: SWIAD – „*Komunikat szczegółowy NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych*”, w terminie do 20. dnia po upływie każdego miesięcznego okresu sprawozdawczego.

3. Wykazy świadczeń, o których mowa w § 5 ust. 1 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, 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.”,

d) w § 10 w ust. 1 dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„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.”;

9) w załączniku Nr 3a do umowy POZ, w lp. 1 dodaje się poz. 1.13 w brzmieniu:

”

1.13	5.01.00.0000001	porada lekarska związana z wydaniem karty
------	-----------------	---

”

;

10) w załączniku Nr 3b do umowy POZ lp. 4 otrzymuje brzmienie:

”

4	Transport sanitarny w poz		
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	

”

11) uchyła się załączniki nr 3c i 6 do umowy POZ;

12) wykaz załączników do wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia otrzymuje brzmienie:

„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 szkolnej oraz transportu sanitarnego w poz, sprawozdawanych komunikatem XML typu „ZBPOZ”

Załącznik nr 3c – uchylony

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 – uchylony

Załącznik nr 7 – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego”;

13) załącznik nr 5 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

14) załącznik nr 5a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. W przypadku gdy świadczeniodawca realizujący świadczenia w dniu 31 grudnia 2014 r., z przyczyn zależnych od siebie, nie przystąpi do umowy i udzielania świadczeń od dnia 1 stycznia 2015 r., dyrektor oddziału Funduszu upoważniony jest do proporcjonalnego pomniejszenia należności za dany okres sprawozdawczy o wartość wynikającą z liczby dni nieobjętych umową.

§ 3. 1. Dyrektorzy oddziałów Funduszu obowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z niniejszego zarządzenia.

2. Przepis ust. 1, stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań w sprawie zawarcia i zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

§ 4. Przepisy zarządzenia stosuje się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w roku 2015 i latach następnych.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Tadeusz Jędrzejczyk