

**ZARZĄDZENIE Nr 67/2016/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 30 czerwca 2016 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju  
programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1**

**Postanowienia ogólne**

**§ 1.** Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

**§ 2. 1.** Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **rozporządzenie** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65 i 652.

- 4) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.<sup>2)</sup>);
- 5) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 6) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 7) **katalog zakresów i świadczeń** – wykaz zakresów świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez świadczeniodawcę w rodzaju świadczeń: programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne;
- 8) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** – dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu oraz w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

## **Rozdział 2**

### **Przedmiot postępowania i umowy**

**§ 3.** 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. UE L 340 z dnia 16.12. 2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz z zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;

---

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz.788, 905, 1640,1697,1844,1887,1918 i 1991.

2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

**§ 4.** 1. W rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, wyodrębnia się:

1) program profilaktyki raka szyjki macicy, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 3** do zarządzenia;

2) program profilaktyki raka piersi, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 4** do zarządzenia;

3) program badań prenatalnych, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 5** do zarządzenia;

4) program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - zwanej dalej „POChP”), którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 6** do zarządzenia.

2. Etapy programów stanowiące zakresy świadczeń w poszczególnych profilaktycznych programach zdrowotnych, określone są w Katalogu zakresów i świadczeń stanowiącym **załącznik nr 1** do zarządzenia.

3. Szczegółowy zakres finansowania świadczeń w poszczególnych programach, o których mowa w ust. 1, określony jest odpowiednio w **załącznikach nr 3 – 6** do zarządzenia.

**§ 5.** 1. Postępowanie o którym mowa w § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

2. Porównanie ofert w toku postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, następuje zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach, w tym z przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

## **Rozdział 3**

### **Szczegółowe warunki umowy**

**§ 6.** 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, o której mowa w § 1 pkt 2, zwanej dalej „umową” jest w szczególności: realizacja świadczeń profilaktyki pierwotnej i wtórnej, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, w zakresach będących przedmiotem postępowań, określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

2. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.

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

**§ 7.** 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w rozporządzeniu oraz w przepisach odrębnych.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.

**§ 8.** 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

6. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę

do Oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

**§ 9.** 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

4. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 3, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 3 **załącznika nr 2** do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

6. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 3, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

7. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń profilaktycznych w zakresach:

- 1) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki;
- 2) program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy;
- 3) program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki

- konieczna jest dodatkowo weryfikacja uprawnień do udzielenia świadczenia profilaktycznego, dokonana w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki poprzez aplikację internetową, udostępnioną przez Oddział Funduszu.

**§ 10.** 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** oraz **2a** do umowy.

3. W przypadku świadczeniodawcy realizującego program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w trybie mobilnym, harmonogram, o którym mowa w ust. 1, stanowi **załącznik nr 2a** do umowy. Propozycje harmonogramu zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2a** do umowy, dla poszczególnych mammobusów, świadczeniodawca wprowadza do Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki („SIMP”) i zatwierdza dane w aplikacji. Oddział Funduszu, po dokonaniu oceny zabezpieczenia świadczeń w przedmiotowym zakresie, akceptuje w systemie zaproponowane przez świadczeniodawców harmonogramy udzielania świadczeń w całości lub w części. W przypadku niepełnego zabezpieczenia świadczeń, Oddział Funduszu może wskazać świadczeniodawcy propozycję zmiany niektórych pobytów mammobusów. Ustalone w wyniku porozumienia pomiędzy Oddziałem Funduszu, a świadczeniodawcą zmiany, świadczeniodawca wprowadza do SIMP i zatwierdza. Po zaakceptowaniu wszystkich pobytów przez Oddział Funduszu, świadczeniodawca drukuje przedmiotowy załącznik i podpisany dokument przekazuje do Oddziału Funduszu.

4. Strony umowy obowiązane są zaakceptować przedmiotowy harmonogram, stanowiący **załącznik nr 2a** do umowy, przed rozpoczęciem kwartału, którego dotyczy harmonogram. Termin ten może nie być zachowany w przypadku zawarcia:

- 1) aneksu do umowy wieloletniej; lub
- 2) nowej umowy o udzielanie świadczeń.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca wprowadza dane o pobytach mammobusów, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2a** do umowy, z wykorzystaniem SIMP, niezwłocznie po udostępnieniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w SIMP.

6. Zobowiązania świadczeniodawcy wynikające z innych umów o udzielanie świadczeń nie mogą ograniczać dostępu świadczeniobiorców do świadczeń w zakresie stanowiącym przedmiot umowy.

7. W przypadku nieobecności lekarza lub osoby realizującej świadczenia,

świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie. Powyższą informację udostępnia się w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.

**§ 11.** 1. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 4, jest punkt.

2. Podstawą rozliczania świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające wybranym świadczeniom określonym w **załączniku nr 1** do zarządzenia, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

3. W przypadku prowadzenia sprawozdawczości dotyczącej realizacji programu w formie elektronicznej, tj. w SIMP, za przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów, uważa się wypełnienie i zatwierdzenie odpowiednich pól aplikacji.

**§ 12.** 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

**§ 13.** 1. W przypadku, gdy dla programu profilaktycznego zostały określone wzory sprawozdań merytorycznych z jego realizacji, świadczeniodawca przedstawia Oddziałowi Funduszu zbiorcze sprawozdanie merytoryczne za każdy kwartał w terminie do 30. dni po zakończeniu kwartału, a za cały okres rozliczeniowy w terminie do 45. dni po zakończeniu tego okresu. W przypadku określenia przez Fundusz formatu przekazywania powyższych danych, są one przekazywane wraz z raportem statystycznym w wersji elektronicznej.

2. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, winny być zgodne pod względem liczby wykazanych świadczeń z raportem statystycznym, o którym mowa w § 11 ust. 2.

3. Przy rozliczaniu świadczeń nie dopuszcza się możliwości sumowania z analogicznymi świadczeniami w innych rodzajach świadczeń.

**§ 14.** W celu oceny realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych

monitorowaniu podlegają w szczególności następujące parametry:

- 1) zgłaszalność osób do tych programów;
- 2) efekty realizacji poszczególnych programów, w tym szczególności:
  - a) liczba osób z nieprawidłowymi wynikami badań,
  - b) liczba osób z rozpoznaniem schorzenia stanowiącego przedmiot programu,
  - c) koszt zdiagnozowania osoby z wynikiem dodatnim;
- 3) dodatkowe parametry dotyczące jakości realizacji świadczeń, określone są w załącznikach nr 3 i 4 do zarządzenia.

## **Rozdział 4**

### **Postanowienia końcowe**

**§ 15.** Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.

**§ 16.** Do oświadczeń przekazywanych przez świadczeniodawców na podstawie § 4 ust. 3 umów, o których mowa w § 15, stosuje się przepisy zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ Prezesa NFZ, z dnia 16 października 2015 r. zmieniającego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określające warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, w związku z wejściem w życie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków umów.

**§ 17.** Zarządzenie stosuje się do:

- 1) postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanych zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach;
- 2) ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowania oraz określenia szczegółowych warunków w umowach, zawartych przed



dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach.

**§ 18.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2016 r.<sup>3)</sup>

**p.o. PREZESA  
NARODOWEGO FUNDUSZ ZDROWIA  
Zastępca Prezesa ds. Medycznych  
Andrzej Jacyna**

---

<sup>3)</sup> Niniejsze zarządzenie było poprzedzone zarządzeniem Nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, które utraciło moc obowiązującą z dniem wejścia w życie art. 1 pkt 53 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198).