

## **Zarządzenie Nr 57/2009/DSOZ**

**Prezesa**

**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**z dnia 29 października 2009 r.**

### **w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 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.<sup>1)</sup>), zarządza się, co następuje:

#### **Rozdział 1**

##### **Postanowienia ogólne**

###### **§ 1.**

Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawarcia umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

###### **§ 2.**

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **świadczenia w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych** – świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w odpowiednich komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy, przez lekarza albo inną osobę określoną w załącznikach nr 3 – 6 do zarządzenia, która uzyskała uprawnienia do

---

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

udzielania świadczeń specjalistycznych wynikające z przepisów odrębnych, obejmujące w szczególności badanie lekarskie, badania diagnostyczne, poradnictwo zdrowotne, określone szczegółowo odpowiednio w załącznikach nr 3 – 6 do zarządzenia;

- 2) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
  - 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
  - 4) **Rozporządzenie** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148);
  - 5) **rodzaj świadczeń** - rodzaj, o którym mowa 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);
  - 6) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa 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.
2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148) oraz 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.

## **Rozdział 2**

### **Cel postępowania i przedmiot umowy**

#### **§ 3.**

Celem postępowania, jest wyłonienie wykonawców profilaktycznych programów zdrowotnych wymienionych w § 4.

#### **§ 4.**

1. W rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne wyodrębnia się:
  - 1) program profilaktyki raka szyjki macicy, którego zasady realizacji opisane są w załączniku nr 3 do zarządzenia;
  - 2) program profilaktyki raka piersi, którego zasady realizacji opisane są w załączniku nr 4 do zarządzenia;
  - 3) program badań prenatalnych, którego zasady realizacji opisane są w załączniku nr 5 do zarządzenia;
  - 4) program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - zwanej dalej „POChP”), którego zasady realizacji opisane są w załączniku nr 6 do zarządzenia.
2. Etapy programów stanowiące zakresy świadczeń w poszczególnych profilaktycznych programach zdrowotnych określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.
3. Szczegółowe opisy świadczeń dla poszczególnych programów, o których mowa w ust. 1, zawarte są odpowiednio w załącznikach nr 3 – 6 do zarządzenia.

#### **§ 5.**

1. Przedmiotem umowy w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, jest realizacja świadczeń profilaktyki pierwotnej i wtórnej, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz.
2. Wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.
3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.

#### **§ 6.**

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. UE L 340 z dnia 16 grudnia 2002, L 329 z dnia 17 grudnia 2003 r. i L 6 z dnia 20 grudnia 2006 r. i L 74 z dnia 15 marca 2008 r.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 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”, przedmiot umów obejmuje w szczególności:

- 85143000-3 Usługi ambulatoryjne,
- 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

### **Rozdział 3**

#### **Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców**

##### **§ 7.**

1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, musi spełniać wymagania określone w załącznikach nr 3 - 6 do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.
2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, muszą być spełnione we wszystkich miejscach udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.
3. Świadczeniodawcy biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów, o których mowa w ust. 1, muszą spełniać wymagania dotyczące dostępności do świadczeń określone w § 11.

### **Rozdział 4**

#### **Zasady udzielania świadczeń profilaktycznych**

##### **§ 8.**

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej.
2. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń profilaktycznych w zakresach:
  - 1) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny,
  - 2) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki,
  - 3) program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy,

4) 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 wojewódzki Funduszu.

#### **§ 9.**

1. Świadczenia, na wykonywanie których Fundusz zawarł umowę ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby wykazane w załączniku nr 2 do umowy.
2. W przypadku nieobecności lekarza realizującego świadczenia zgodnie z umową zawartą z Funduszem, świadczeniodawca zobowiązany jest do poinformowania świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie. Informacja dostępna powinna być w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.

#### **§ 10.**

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń profilaktycznych zgodnie z harmonogramem pracy komórki organizacyjnej, określonym w załączniku nr 2 do umowy.
2. W przypadku świadczeniodawcy realizującego program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w trybie mobilnym, harmonogram, o którym mowa w ust. 1, ustalany jest przez właściwy oddział wojewódzki Funduszu w porozumieniu ze świadczeniodawcą nie częściej niż raz na kwartał z uwzględnieniem specyfiki pracy mammobusu.

### **ROZDZIAŁ 5**

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

#### **§ 11.**

1. W rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne stosuje się następujący sposób rozliczeń: cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punktu).

2. W przypadku prowadzenia elektronicznej dokumentacji realizacji programu w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki 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 zostały w Ogólnych warunkach umów stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w umowie, stanowiącej załącznik nr 2 do zarządzenia.
2. Wartość punktową odpowiadającą poszczególnym świadczeniom określa załącznik nr 1 do zarządzenia.

#### **§ 13.**

1. W przypadku, gdy dla programu profilaktycznego zostały określone wzory sprawozdań merytorycznych z jego realizacji, świadczeniodawca przedstawia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu zbiorcze sprawozdanie merytoryczne za każdy kwartał w terminie 30 dni po zakończeniu kwartału, a za cały okres rozliczeniowy w terminie 45 dni po zakończeniu tego okresu. W przypadku określenia przez Fundusz formatu przekazywania powyższych danych, będą one przekazywane wraz z raportem statystycznym w wersji elektronicznej.
2. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, muszą być zgodne pod względem liczby wykazanych świadczeń z raportem statystycznym, o którym mowa w § 12 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:

- 1) zgłaszalność osób do tych programów;
- 2) efekty realizacji poszczególnych programów, a w szczególności:
  - a) liczba osób z nieprawidłowymi wynikami badań,
  - b) liczba osób z rozpoznaniem schorzenia stanowiącego przedmiot programu,
  - c) koszt zdiagnozowania jednej osoby z wynikiem dodatnim;

3) dodatkowe parametry dotyczące jakości realizacji świadczeń, określone w załącznikach nr 3 i 4 do zarządzenia.

#### **§ 15.**

Z dniem 31 grudnia 2009 r. traci moc zarządzenie Nr 81/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

#### **§ 16.**

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

#### **§ 17.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia**

**Jacek Paszkiewicz**