***Projekt***

z dnia 27 listopada 2023 r.

Zatwierdzony przez .........................

**Zarządzenie Nr ....................
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**

z dnia .................... 2023 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej**

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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.[[1]](#footnote-1)1)) zarządza się, co następuje:

**§ 1.**W zarządzeniu Nr 51/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (z późn. zm.[[2]](#footnote-2)2) ), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Fundusz zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi komórki organizacyjne, których kody charakteryzujące komórki organizacyjne zakładu leczniczego są określone w rejestrze, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991), w części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach, określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.”;

2) w § 9 po ust. 3 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. W sytuacji, kiedy w lokalizacji udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zapewniony jest dostęp do badań laboratoryjnych lekarz może zlecić pacjentowi wykonanie badań laboratoryjnych wskazanych w rozporządzeniu.”;

3) w § 9 po ust. 4 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Badania o których mowa w ust. 4 mogą zostać zlecone pacjentowi w przypadku, gdy wymaga tego stan jego zdrowia, a ich ocena zostanie dokonana podczas udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (podczas jednej wizyty).”;

4) w § 11 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Wykazy świadczeń podlegających sprawozdawaniu przez świadczeniodawcę oraz typ komunikatu XML, z zastosowaniem którego informacja o zrealizowanych świadczeniach jest przekazywana do Oddziału Funduszu, są określone w **załączniku nr 4**do zarządzenia.”;

5) w § 11 po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

1) rozpoznania zasadniczego, według ICD-10,

2) istotnych procedur medycznych łącznie z datą ich wykonania według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9,

3) wykonanych badań laboratoryjnych wraz z odpowiadającymi im kodami produktów, zgodnie z wykazem określonym w **załączniku nr 3** do zarządzenia,

4) zrealizowanych świadczeń określonych w **załączniku nr 4** do zarządzenia”;

6) załącznik nr 2 otrzymuje brzmienie, jak w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.

7) po załączniku nr 2 dodaje się **załącznik nr 3** w brzmieniu, jak w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

8) po załączniku nr 3 dodaje się **załącznik nr 4** w brzmieniu, jak w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.**Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PREZES** **NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA** |

Załącznik do zarządzenia Nr ....................
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia....................2023 r.

**01/0112/POZ/…………….**

**UMOWA**

**Nr……...../……....**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA**

**W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

zawarta w .........................................., dnia ............................................. roku, pomiędzy: **Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa:** …………………………………………… *(wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej)* – ………………………………………… *(wskazanie stanowiska)* .…………………………… (nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w…………………………………………........... *(adres)*,** na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw1#) nr……….......z dnia……………/ i nr ......... z dnia…........../, zwanym dalej **„Funduszem”,**

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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)”,*

zwanym dalej **„Świadczeniodawcą”**, reprezentowanym przez

……………………………………………………………………………………………………… .

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1.**1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zwanych dalej „świadczeniami”, określonych w **załączniku nr 1**do umowy.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:

a) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,

b) rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,

c) w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 2.**1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram-zasoby”.

2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, pozostającym w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram-zasoby”.

3. Świadczenia mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w szczegółowych warunkach umów oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu.

5. Dopuszczalne jest zlecanie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą, a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3**do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą wymaga zgłoszenia dyrektorowi właściwego oddziału Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

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

9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 8, należy dokonać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności w Portalu Funduszu, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

**§ 3.**Świadczeniodawca jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

**WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 4.**1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia ............... r. do dnia ...................... r. wynosi maksymalnie ……………… zł (słownie:.........................………………………….……………zł).

2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

3. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy: Dane posiadacza rachunku bankowego: ……………………………………………………… nr………………………………………………………………….…………..……………… .

4. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 3, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do umowy.

5. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

6. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

**KARY UMOWNE**

**§ 5.**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 rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia 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 2023 r. poz. 826) finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, 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.

**OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

**§ 6.**1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ……….….… r. do dnia ……….….……r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

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

**§ 8.**W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

**§ 9.**Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

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

Wykaz załączników do umowy:

1) **załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy;

2) **załącznik nr 2 do umowy** – Harmonogram - zasoby;

3) **załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz podwykonawców;

4) **załącznik nr 4 do umowy** – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

**PODPISY STRON**

**……………………………. …………………………..**

 **Świadczeniodawca Narodowy Fundusz Zdrowia**

Załącznik Nr 1 do umowy

|  |  |
| --- | --- |
| **PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr ….  do umowy nr ……………………….. rodzaj  świadczeń:………………………………………………….                                                                    wersja ……** | **Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:………..OW NFZ** |
| Nr identyfikacyjny Świadczeniodawcy nadany przez NFZ |  |
| Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |  |
| **Okres rozliczeniowy od………… do………………….** |
| Pozycja | Podstawa \* | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń z określeniem obszaru zabezpieczenia | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) |  |
| Okres rozliczeniowy od………… do………………….\*\* |
| Pozycja | Podstawa \* | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń z określeniem obszaru zabezpieczenia | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) |  |
| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje |
| Razem pozycje | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) |
| Styczeń |  | Luty |  | Marzec |  | Kwiecień |  |
| Maj |  | Czerwiec |  | Lipiec |  | Sierpień |  |
| Wrzesień |  | Październik |  | Listopad |  | Grudzień |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje |
| Pozycja |  | Kod zakresu |  | Nazwa zakresu |  |
|  | Styczeń | Luty | Marzec |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
|  | Kwiecień | Maj | Czerwiec |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
|  | Lipiec | Sierpień | Wrzesień  |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
|  | Październik | Listopad | Grudzień |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
| data sporządzenia  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dyrektor OW\*\*\* |  |  |  |  |  | Świadczeniodawca\*\*\*\* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy  |  |  |  |  |  |
| \*\* - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy) |  |
| \*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem  |

Załącznik Nr 2 do umowy

|  |
| --- |
| **HARMONOGRAM - ZASOBY** |
|  |  |  | **Załącznik nr …… do umowy nr ………………………………….** |  |  |  |
|  |  |  | **rodzaj  świadczeń:………………………………………………….** |  |  |  |  |  |  |  |
| Pozycja |  | Kod zakresu |  | Nazwa zakresu z określeniem obszaru zabezpieczenia |  |
| **I. Miejsce udzielania świadczeń** |
| Kod miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (a) | Id podwyk. (b) | Nazwa miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów  (c) | Adres miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów  (d) | VII cz.KR\* (e) | VIII cz.KR\* (f) | Profil IX-X cz.KR\* (g) | Status\*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II. Personel** |
| ID osoby (a) | Nazwisko (b) | Imiona (c) | PESEL (d) | Zawód/specjalność (e) | St.specjal. (f) | NPWZ (g) | Status\*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dostępność osoby personelu |
| pn (h) | wt (i) | śr (j) | czw (k) | pt (l) | sob (m) | nd (n) | Typ harmonogramu\*\*\*(o) | Tyg. lb. godzin (p) | Obowiązuje od (r) | Obowiązuje do (s) |  |
|  |  |  |  |  |  |  | P\*\*\*\* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | D\*\*\*\* |  |  |  |  |
| **III. Sprzęt** |
| Id sprzętu (a) | Nazwa sprzętu (b) | Ilość (c) | Nr seryjny (d) | Rok produkcji (e) | Rodzaj dostępności (f) | Dostępny od (g) | Dostępny do (h) | Status\*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IV. Pojazdy\*\*\*\*** |
| Id pojazdu (a) | Nazwa pojazdu (b) | Nr rejestracyjny (c) | Rok produkcji (d) | Dostępny od (e) | Dostępny do (f) | Status\*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dyrektor OW\*\*\*\*\* |  |  |  |  | Świadczeniodawca\*\*\*\*\*\* |  |  |  |  |  |  |
| \* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art.  105 ust.  5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991) - stosuje się odpowiednio do komórek org. wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia |
| \*\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\*\* Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\*\*\* drukowany jeśli wypełniony |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\*\*\*\*\*  kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem  |  |  |  |  |  |  |

Załącznik Nr 3 do umowy

|  |
| --- |
| **WYKAZ PODWYKONAWCÓW** |
| **Załącznik nr …..  do umowy nr …………………………** |
| **rodzaj  świadczeń:………………………………………………….** |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY** |  |
| **Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy** |
| Nazwa |  |
| Adres siedziby |  |
| Kod terytorialny i nazwa  |  |
| REGON |  | NIP |  |
| Forma organizacyjno-prawna (cześć IV KR)  |  |
| Osoba/y uprawniona do reprezentowania   |  | Telefon |  |
| **Dane rejestrowe podwykonawcy** |
|  Rodzaj rejestru |  | Nr wpisu do rejestru              |  |
| Organ rejestrujący |  |  Data wpisu  |  |
|  Data ostatniej aktualizacji  |  |
| **Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa** |
| 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  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Dyrektor OW\* |  | Świadczeniodawca\*\* |  |
|  |  |  |  |
| \* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem |  |
| \*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem. |

Załącznik Nr 4 do umowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Miejscowość ……………………………….  Data ………………………….. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kod Oddziału Wojewódzkiego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dane Świadczeniodawcy  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *(źródło – Portal Świadczeniodawcy)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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.  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Świadczeniodawca\* | …………………………………………………………….………… |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem   |  |  |  |  |  |

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr ....................
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia....................2023 r.

**Wykaz świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej związanych z realizacją świadczeń lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej**

**(Komunikat XML typu SWIAD)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kod produktu** | **Kod badania** | **Nazwa badania** |
| 1. | 5.01.00.000…. | C53 | Morfologia krwi 8-parametrowa |
| 2. | 5.01.00.000…. | L43 | Glukoza z krwi żylnej |
| 3. | 5.01.00.000…. | M37 | Kreatynina |
| 4. | 5.01.00.000…. | N45 | Potas (K) |
| 5. | 5.01.00.000…. | O35 | Sód (Na) |
| 6. | 5.01.00.000…. | I81 | Białko c-reaktywne (CRP) |
| 7. | 5.01.00.000…. | A01 | Badanie ogólne moczu (profil) |
| 8. | 5.01.00.000…. | I19 | Aminotransferaza asparaginianowa (AST) |
| 9. | 5.01.00.000…. | I17 | Aminotransferaza alaninowa (ALT) |
| 10. | 5.01.00.000…. | N13 | Mocznik |
| 11. | 5.01.00.000…. | I89 | Bilirubina całkowita |
| 12. | 5.01.00.000…. |  | Test antygenowy w kierunku: SARS cov-2 / grypy A+B / RSV |
| 13. | 5.01.00.000…. |  | Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB) |
| 14. | 5.01.00.000…. |  | Wskaźnik protrombinowy (INR) |
| 15. | 5.01.00.000…. | M19 | Kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB) |
| 16. | 5.01.00.000…. | M45 | Kwas moczowy |
| 17. | 5.01.00.000…. | G11 | Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) - czas kaolinowo-kefalinowy |
| 18. | 5.01.00.000…. | O75 | Wapń zjonizowany |
| 19. | 5.01.00.000…. | I25 | Amylaza |
| 20. | 5.01.00.000…. | G53 | Fibrynogen |
| 21. | 5.01.00.000…. | L31 | Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP) |

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr ....................
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia....................2023 r.

|  |
| --- |
| **WYKAZ ŚWIADCZEŃ OBOWIĄZUJĄCY DLA SPRAWOZDAŃ Z REALIZACJI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ NOCNEJ i ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJSPRAWOZDAWANYCH KOMUNIKATAMI XML** |
| **L.p.** | **Kod świadczenia wg NFZ\*** | **Nazwa jednostki sprawozdawanej** | **Sprawozdawczość elektroniczna – obowiązujący typ komunikatu XML** |
| 1. | 5.01.00.0000108 | porada lekarska ambulatoryjna  | **SWIAD** |
| 2. | 5.01.00.0000109 | porada lekarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy | **SWIAD** |
| 3. | 101404 | liczba porad lekarskich udzielonych telefonicznie | **ZBPOZ** |
| 4. | 5.01.00.0000140 | wizyta pielęgniarska ambulatoryjna  | **SWIAD** |
| 5. | 5.01.00.0000141 | wizyta pielęgniarska udzielona w  miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy | **SWIAD** |

\* kod wskazany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

**Uzasadnienie**

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 2226) i polegają na uporządkowaniu w zarządzeniu Prezesa NFZ kwestii związanej z umożliwieniem lekarzom udzielającym świadczeń z zakresu NiŚOZ – w sytuacji, kiedy w lokalizacji udzielania NiŚOZ zapewniony jest dostęp do badań laboratoryjnych – kierowania na wykonanie świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej wskazanych ww. rozporządzeniem.

Niniejszym zarządzeniem wprowadzono produkty jednostkowe, za pomocą których możliwe będzie zidentyfikowanie skali wykonywanych badań laboratoryjnych – wprowadzono sprawozdawczość badań laboratoryjnych.

Zmiany do zarządzenia obejmują:

1) wprowadzenie do § 9 **ust. 4 i 5 –** wskazanie, w jakich sytuacjach są wykonywane badania laboratoryjne oraz w jakim czasie musi zostać wykonana ich ocena,

2) wprowadzenie do § 11 **ust. 5a –** dookreślenie zakresu informacji przekazywanych przez Świadczeniodawców w raporcie statystycznym (dodanie do informacji, które jest zobowiązany przekazywać Świadczeniodawca informacji o świadczeniach medycznej diagnostyki laboratoryjnej),

3) wprowadzenie do zarządzenia nowego **załącznika nr 3 - Wykaz świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej związanych z realizacją świadczeń lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,**

4) wprowadzenie do zarządzenia **załącznika nr 4** (przeniesienie załącznika nr 4 do umowy z umowy do zarządzenia).

Ponadto, niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmiany załącznika nr 2 do zarządzenia (Umowy), stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Przedmiotowa zmiana wzoru umowy polega na wykreśleniu jednostek redakcyjnych umowy w odniesieniu do przepisów § 16 „Ogólnych warunków 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. z 2023 r. poz. 1194)
w rozdziale "Warunki finansowania świadczeń" oraz "Kary umowne".

Z uwagi na fakt, iż obecnie ustalenie wysokości poziomu finansowania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wynika z wyceny opracowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która uwzględnia wszystkie koszty funkcjonowania tego zakresu świadczeń, usunięcie ze wzoru umowy ww. zapisów jest uzasadnione.

Projekt zarządzenia zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika
do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przedstawiony zostanie do konsultacji społecznych.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia
na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

1. 1) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674, 2140 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1675, 1692, 1733, 1831, 1872 i 1938 [↑](#footnote-ref-1)
2. 2) Zmienione zarządzeniem Nr 88/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 lipca 2022 r., zarządzeniem Nr 126/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2022 r., zarządzeniem Nr 83/2023/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2023 r. oraz zarządzeniem Nr 97/2023/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023 r. [↑](#footnote-ref-2)