ZARZĄDZENIE NR 22/2025/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 31 marca 2025 r.

w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

(tekst porównawczy)

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 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739) 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 rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

§ 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 30;

2) **budżet powierzony** – wyodrębnione środki finansowe, o których mowa w art. 159 ust. 2b pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej "ustawą";

3) **dostęp/zapewnienie realizacji** – zapewnienie wykonywania świadczeń w innym miejscu lub lokalizacji niż ta, w której realizowane są świadczenia;

4) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

5) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** – dokument, o którym mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208) oraz w art. 32a ust. 1 ustawy;

6) **koordynator** – osoba, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527 oraz z 2024 r. poz. 1897), zwanej dalej "ustawą o poz", do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych;

7) **lista świadczeniobiorców** - lista świadczeniobiorców przekazana przez świadczeniodawcę w formie bieżącej informacji o złożonych deklaracjach wyboru, o których mowa w ustawie o poz;

8) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu udzielania świadczeń określonego zakresu;

9) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;

10) **Ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów określone w załączniku do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy;

11) **oznaczenie lekarza** – oznaczenie określone w § 10 pkt 3 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r. poz. 798)

12) **oznaczenie pielęgniarki/higienistki szkolnej** – oznaczenie określone w § 10 pkt 3 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r. poz. 798)

13) **oznaczenie położnej** – oznaczenie określone w § 10 pkt 3 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2024 r. poz. 798)

14) **oznaczenie OW/dyrektora OW** – nadruk lub pieczątka Oddziału Funduszu lub dyrektora Oddziału Funduszu zawierająca co najmniej imię, nazwisko oraz podpis rozumiany również jako złożony w postaci elektronicznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym;

15) **oznaczenie świadczeniodawcy (wnioskującego)** – nadruk lub pieczątka zawierająca co najmniej nazwę (firmę), adres, numer telefonu i numer REGON świadczeniodawcy oraz, w wymaganych przypadkach, podpis rozumiany również jako złożony w postaci elektronicznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym;

16) **porada lekarska** – świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 części I załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ, o którym mowa w pkt 23, 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;

17) **porada receptowa** – świadczenie realizowane w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, odzwierciedlone w dokumentacji medycznej; obejmujące ordynację leków, którego celem jest kontynuacja leczenia bez konieczności uprzedniego, osobistego zbadania świadczeniobiorcy, po analizie dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;

18) **porada wstępna** - porada realizowana w zakresie umowy zawartej przez świadczeniodawcę mająca na celu potwierdzenie bądź wykluczenie wstępne rozpoznanie choroby przewlekłej, określonej w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ, o którym mowa w pkt 23;

<18a) poziom objęcia populacji świadczeniami w budżecie powierzonym opieki koordynowanej – ustalany w każdym miesiącu, wyrażony procentowo stosunek liczby świadczeniobiorców, dla których zostały prawidłowo sprawozdane porady kompleksowe w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej w okresie od 1 stycznia roku poprzedzającego rok, w którym poziom ten jest ustalany do ostatniego dnia miesiąca, poprzedzającego miesiąc w którym poziom ten jest ustalany, do liczby świadczeniobiorców z listy lekarza POZ według stanu na miesiąc, w którym poziom objęcia jest ustalany.>

19) **Portal Narodowego Funduszu Zdrowia** – informatyczne środowisko komunikacji, określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, przeznaczone do wymiany informacji między użytkownikami (wnioskujący, oferenci, świadczeniodawcy realizujący umowy, podwykonawcy, apteki), a Funduszem;

20) **poświadczenie** – dokument, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy, potwierdzający uprawnienia świadczeniobiorcy do korzystania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

21) **poz** – podstawowa opieka zdrowotna;

22) **regulamin techniczny przygotowania wniosku** – zasady zastosowania aplikacji (w tym Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia i aplikacji obsługującej postępowanie w sprawie zawarcia umów) oraz sposób przygotowania formularza wniosku, o którym mowa w pkt 30;

23) **rozporządzenie MZ** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy;

24) **SIMP** – System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki;

25) **standard opieki okołoporodowej** - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324);

26) **świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK)** – traktowany jako jedno świadczenie cyklu procedur medycznych zawartych w "Warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia" określonych w części II załącznika nr 1 oraz w części IIIa załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ i udokumentowanych zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia;

27) **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;

28) **transport sanitarny "daleki" w poz** – transport sanitarny w poz realizowany wyłącznie w sytuacjach określonych w § 37 ust. 3 zarządzenia;

29) **uprawnienia do świadczeń** – uprawnienia świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

30) **wniosek** – wniosek świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy, o której mowa w § 3 ;

31) **wnioskujący** – świadczeniodawca w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. a i b ustawy, ubiegający się o zawarcie umowy, o której mowa w § 3, a w przypadku wniosku o zawarcie umowy na świadczenia transportu sanitarnego w poz – podmiot, o którym mowa w art. 161c ust. 1 ustawy;

32) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów.

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

Rozdział 2.
Przedmiot umowy

§ 3. 1. 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 § 4.

2. Stosownie do przedmiotu umowy, świadczeniodawca obowiązany jest do:

1) 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;

2) koordynowania procesu rekrutacji świadczeniobiorców do programów profilaktycznych oraz zapraszania świadczeniobiorców kwalifikujących się do danego programu.

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

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

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

§ 4. 1. W rodzaju poz wyodrębnia się następujące przedmioty umowy:

1) świadczenia lekarza poz;

2) świadczenia pielęgniarki poz;

3) świadczenia położnej poz w tym:

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

b) świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania, zwane dalej "świadczeniami pielęgniarki szkolnej lub higienistki";

5) świadczenia transportu sanitarnego w poz;

6) koordynacja opieki – zadania koordynatora.

7) świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (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.) 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 określone w § 2 rozporządzenia MZ.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, odpowiednio do przedmiotu umowy, udzielane są w sposób kompleksowy. Świadczeniodawca zapewnia możliwość realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego zgodnie z art. 13 ustawy o poz. W trakcie udzielania tych świadczeń świadczeniodawca zapewnia realizację zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 4 ustawy o poz, a w przypadku udzielania świadczeń kobietom w ciąży i dzieciom do ukończenia 18. roku życia, także z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" (Dz. U. z 2024 r. poz. 1829).

3. Świadczeniodawcy posiadający umowy poz zawarte w różnych zakresach świadczeń, udzielający świadczeń temu samemu świadczeniobiorcy, obowiązani są do współpracy określonej w art. 16 ust. 1 ustawy o poz.

§ 6. 1. W celu wyłonienia podmiotów do udzielania świadczeń w rodzaju poz, dyrektor Oddziału Funduszu zamieszcza na stronie internetowej właściwego Oddziału Funduszu informacje o warunkach zawarcia umowy w rodzaju poz oraz o naborze wniosków.

2. Wnioskujący obowiązany jest spełniać, odpowiednio do przedmiotu umowy, we wszystkich miejscach udzielania świadczeń wymagania określone w odrębnych przepisach, w szczególności w rozporządzeniu MZ oraz w zarządzeniu.

§ 7. 1. W trakcie realizacji umowy, świadczeniodawca - każdorazowo przed przyjęciem deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie o poz, oraz przy udzielaniu świadczeń – obowiązany jest do potwierdzania, zgodnie z art. 50 ustawy, uprawnień świadczeniobiorcy do świadczeń.

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. 2a, 2b lub 6–9 ustawy;

3. Jeżeli z przyczyn technicznych nie jest możliwe dokonanie potwierdzenia z wykorzystaniem usługi e-WUŚ, świadczeniodawca obowiązany jest:

1) umożliwić świadczeniobiorcy potwierdzenie prawa do świadczeń w sposób określony w art. 50 ust. 6 ustawy lub

2) poinformować świadczeniobiorcę o możliwości złożenia oświadczenia w sposób, o którym mowa w art. 50 ust. 2a lub 2b 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 przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców w dniu bieżącej realizacji umowy, jest deklaracja wyboru, o której mowa w ustawie o poz, złożona w tym samym okresie przez przebywającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z czasowym zatrudnieniem cudzoziemca nieposiadającego nadanego numeru PESEL, który swoje uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potwierdził na podstawie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, świadczeniodawca, dla zapewnienia identyfikacji świadczeniobiorcy celem rozliczania świadczeń, przekazuje do Funduszu NIP płatnika, który dokonał zgłoszenia świadczeniobiorcy do ubezpieczenia zdrowotnego.

6. W przypadku, gdy osoba, o której mowa w ust. 5, może potwierdzić posiadanie uprawnień do świadczeń jedynie przez złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 2b lub ust. 6 ustawy, udzielone jej świadczenia podlegają rozliczeniu wyłącznie na podstawie określonych w umowie produktów rozliczeniowych finansowanych na podstawie wartości jednostki rozliczeniowej.

§ 8. 1. Świadczenia gwarantowane w zakresie poz udzielane są w przypadku świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1:

1) 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, o której mowa w ustawie o poz, włączając w to zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;

2) pkt 4, osobom znajdującym się na odpowiednich listach uczniów;

3) pkt 5, świadczeniobiorcom znajdującym się na listach lekarza poz.

2. Zapisy na listy świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 1 pkt 1, świadczeniodawca prowadzi na bieżąco, uwzględniając prawa świadczeniobiorców, o których mowa w art. 9 ust. 1-5 i art. 10 ust. 1 i 4 ustawy o poz.

3. W przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców w dniu bieżącej realizacji umowy jest deklaracja wyboru, o której mowa w ustawie o poz, złożona w tym samym okresie przez osobę, dla której dane usługi e-WUŚ udostępnianej przez Fundusz, w dniu złożenia deklaracji lub dniu przyjęcia deklaracji przez świadczeniodawcę w przypadku złożenia jej za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, 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. 2a, 2b lub ust. 6 ustawy, wpis taki ważny jest przez sześć okresów sprawozdawczych liczonych od dnia złożenia deklaracji.

4. W przypadku deklaracji złożonych przed dniem, o którym mowa w ust. 3, przepisy ust. 3 stosuje się odpowiednio. Okres finansowania w tych przypadkach liczony jest od dnia potwierdzenia przez świadczeniobiorcę uprawnień do świadczeń na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo dnia złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 2b lub ust. 6 ustawy.

5. 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 ustawy oraz osobom uprawnionym wyłącznie w związku z przepisami, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy.

3) uprawnionym do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2024 r. poz. 167, z późn. zm.[1)]), zwanej dalej "ustawą o pomocy".

[1)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 232, 834, 854, 858, 1089, 1222 i 1572.

6. 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.

7. Świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju poz obowiązany jest do informowania świadczeniobiorców o dostępnych świadczeniach poz, zasadach ich udzielania oraz organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 13 ust. 3 ustawy o poz.

8. Świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju poz, w zakresach: świadczenia lekarza poz, świadczenia pielęgniarki poz lub świadczenia położnej poz, obowiązany jest do zapewnienia, w wymiarze nie mniejszym niż dwie godziny tygodniowo, możliwości uzyskania przez świadczeniobiorcę świadczeń udzielanych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporad). O możliwości uzyskania świadczeń określonych w zdaniu pierwszym, świadczeniobiorcy są informowani w sposób, o którym mowa w ust. 7.

Rozdział 4.
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, jednostki transportu sanitarnego oraz koordynacji opieki. W przypadku świadczeń lekarza poz, stawka kapitacyjna obejmuje kwotę przeznaczoną na pokrycie kosztów wynikających z realizacji art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy o poz oraz badań diagnostycznych zapewnianych przez lekarza poz w procesie udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy;

2) wartość jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia, ryczałtu lub przewozu) – w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem "*za wykonaną usługę"*.

2. Potwierdzenie udzielenia porady, wizyty lub innego świadczenia stanowi dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, a dla zrealizowanych zabiegów - wpisu w księdze zabiegowej, z wyjątkiem świadczeń, o których mowa w § 8 ust. 5 i 6 oraz w § 29 ust. 4 i 5, dla których dodatkowo wymagane jest potwierdzenie zrealizowania świadczenia przez osobę, której zostało udzielone lub jej opiekuna prawnego lub faktycznego.

3. Potwierdzenie wykonania badania diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej u świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej 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.

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

5. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z metodami finansowania właściwymi dla zakresów świadczeń uwzględnionych w przedmiocie umowy według załącznika nr 1do zarządzenia.

6. 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 pielęgniarki szkolnej, 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 złożonych deklaracjach wyboru, o których mowa

w art. 10 ustawy o poz, w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej stosownie do przedmiotu umowy, na podstawie posiadanych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej poz, a w przypadku świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej – listy uczniów szkół, z którymi świadczeniodawca nawiązał współpracę oraz listy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową w tych szkołach;

3) informacja o złożonych deklaracjach wyboru, o których mowa w ustawie o poz, lub uczniach objętych opieką pielęgniarki lub higienistki szkolnej, 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 przez Fundusz weryfikacji list świadczeniobiorców 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 do rozliczenia przyjmuje deklarację zawierającą najpóźniejszą datę dokonania wyboru;

6) w przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców jest deklaracja wyboru, o której mowa w ustawie o poz, złożona w tym samym okresie przez osobę, dla której dane usługi e-WUŚ udostępnianej przez Fundusz, w dniu 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. 2a, 2b lub ust. 6 ustawy, wpis taki ważny jest przez sześć okresów sprawozdawczych od daty złożenia deklaracji;

7) w przypadku utraty przez świadczeniobiorcę uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, złożona przez niego deklaracja wyboru, stanowi podstawę rozliczenia umowy, w przypadku ponownego nabycia przez tego świadczeniobiorcę prawa do świadczeń; deklaracja wyboru, o której mowa w zdaniu pierwszym i w pkt 6, zachowuje ważność;

8) w przypadku pozostawania 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, którego wzór określony jest w załączniku nr 3 do zarządzenia.

7. Rozliczanie świadczeń finansowanych na podstawie wartości 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.

8. Zasady określone w ust. 7 w zakresie podstawy rozliczeń nie dotyczą:

1) świadczeń transportu sanitarnego "dalekiego" w poz, dla których obowiązują odrębne zasady sprawozdawania świadczeń, określone w § 37-39;

2) świadczeń, o których mowa w § 19 ust. 10 i 11, dla których obowiązują odrębne zasady sprawozdawania świadczeń, określone w § 19.

9. 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 SIMP – 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.

10. 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.

11. W przypadku, w którym wyniki dokonanej przez Oddział Funduszu weryfikacji kontrolnej deklaracji lub świadczeń wskazują na nieprawidłowości w procesie rozliczeń zrealizowanym zgodnie z postanowieniami ust. 6 pkt 4 i ust. 7 pkt 2, Oddział Funduszu, wzywając świadczeniodawcę do korekty rozliczenia, przedstawia pisemne uzasadnienie wskazujące na konieczność wprowadzenia korekty.

§ 10. 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 zawierającej każdorazowo aktualne dane, w formie list, o wszystkich świadczeniobiorcach, objętych 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, o których mowa w załączniku nr 1 część IV rozporządzenia MZ wykonanych w ramach świadczeń udzielonych przez lekarzy poz,

   d) informacji o badaniach diagnostycznych i konsultacjach medycznych wykonanych w ramach świadczeń udzielonych przez położne poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej, a także o edukacyjnych wizytach laktacyjnych udzielonych w trakcie wizyt patronażowych w opiece nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu, według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9;

2) w zakresie świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej:

   a) informacji o uczniach objętych przez Świadczeniodawcę opieką pielęgniarki lub higienistki 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;

4) o świadczeniach udzielonych w ramach budżetów powierzonych, o których mowa w § 15.

§ 11. 1. Informacje, o których mowa w §10 pkt 1 lit. b i d, pkt 2 lit. b oraz pkt 4, są 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 § 10 pkt 1 lit. c, zgodnie z wykazem określonym dla poz zgodnie z rozporządzeniem MZ oraz zakresem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, są przekazywane przez świadczeniodawcę Oddziałowi Funduszu w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz i zgodnie z okodowaniem określonym przez Fundusz w Wykazie badań diagnostycznych obowiązujący dla realizacji umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz wraz z okodowaniem dla celów sprawozdawczości, stanowiącym załącznik nr 23 do zarządzenia, 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 § 10 pkt 1 lit. b i d pkt 2 lit. b oraz pkt 4, odpowiednio do przedmiotu umowy, oraz typ komunikatu XML, którym informacja o zrealizowanych świadczeniach jest przekazywana, określają załączniki nr 21 i 22 do zarządzenia.

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 załączniku nr 1 do zarządzenia, także kod jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10, będący przyczyną zrealizowanego świadczenia;

3) dla udzielonych przez lekarza poz i pielęgniarkę 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 § 37 ust. 3, świadczeniodawca, co miesiąc, przekazuje Oddziałowi Funduszu wraz z rachunkiem, sporządzoną w formie pisemnej specyfikację wykonanych przewozów, ze wskazaniem liczby przejechanych kilometrów odrębnie dla każdego z nich.

§ 12. 1. Listy, o których mowa w § 10 pkt 1 lit. a i pkt 2 lit. a, świadczeniodawca przekazuje Oddziałowi 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. Informację o aktualnej liczbie podopiecznych w domach pomocy społecznej, zwanych dalej "DPS", placówkach socjalizacyjnych, interwencyjnych, resocjalizacyjnych objętych przez świadczeniodawcę świadczeniami lekarza poz/pielęgniarki poz, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu dwukrotnie (w styczniu i w lipcu) w każdym roku, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 24 do zarządzenia, odpowiednio w terminach do 7 stycznia oraz 7 lipca.

3. Informację o liczbie uczniów objętych przez świadczeniodawcę opieką pielęgniarki szkolnej, świadczeniodawca przekazuje w Oddziale Funduszu dwukrotnie (w marcu i w październiku) w każdym roku, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 25 do zarządzenia, odpowiednio w terminach do 7 marca oraz 7 października.

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 § 9 ust. 6 pkt 5.

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.

§ 13. W przypadku, gdy świadczeniobiorca po raz trzeci 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, o której mowa w art. 9 ust. 4 ustawy o poz, z wyjątkiem wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 6 ust. 3 i art. 9 ust. 5 ustawy.

§ 14. W przypadku zmian w formacie wymiany danych, o którym mowa w § 11 ust. 1 i 2 oraz w § 12 ust. 1, lub zmian w zakresie danych wymagalnych, Fundusz powiadomi świadczeniodawców z wyprzedzeniem, co najmniej jednego pełnego okresu sprawozdawczego.

Rozdział 5.
Budżet powierzony

§ 15. 1. Dla finansowania świadczeń dotyczących medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub obrazowej i nieobrazowej, o których mowa w części IVa załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ, ustala się budżet powierzony diagnostyczny.

2. Dla finansowania świadczeń, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ, ustala się budżet powierzony opieki koordynowanej.

3. Do finansowania świadczeń objętych budżetem powierzonym stosuje się § 9 ust. 1 pkt 2.

4. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 3, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 7 pkt 1-3, do wysokości właściwego budżetu powierzonego. Wartości jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, są określone w załączniku nr 1 do zarządzenia.

§ 16. 1. Wartości budżetów powierzonych, o których mowa w § 15 ust. 1 i 2, ustala się dla okresu rozliczeniowego, o którym mowa w § 1 pkt 5 Ogólnych warunków umów.

2. Przy ustalaniu wartości budżetu powierzonego diagnostycznego dla świadczeniodawców uwzględnia się:

1) środki finansowe określone w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy;

2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej objętych budżetem powierzonym udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawców za pierwsze 9 miesięcy okresu rozliczeniowego poprzedzającego rok dla którego budżet jest ustalany.

3. W przypadku gdy budżet powierzony diagnostyczny ustala się po raz pierwszy uwzględnia się:

1) wielkość populacji;

2) strukturę wiekową;

3) szacowaną średnią liczbę świadczeń objętych budżetem powierzonym, wykonywanych w populacji, z uwzględnieniem struktury, o której mowa w pkt 2.

4. Przy ustalaniu wartości budżetu powierzonego opieki koordynowanej dla świadczeniodawców na kolejny okres rozliczeniowy uwzględnia się:

1) środki finansowe określone w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy;

2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej objętych budżetem powierzonym udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawców za pierwsze 9 miesięcy okresu rozliczeniowego poprzedzającego rok, dla którego budżet jest ustalany;

3) lekarzy specjalistów, o których mowa w załączniku nr 6 rozporządzenia MZ, zgłoszonych do harmonogramu zasoby stanowiącego załącznik do umowy.

5. Przy pierwszorazowym ustalaniu wartości budżetu powierzonego opieki koordynowanej uwzględnia się:

1) wielkość populacji;

2) strukturę wiekową;

3) szacowaną średnią liczbę świadczeń objętych budżetem powierzonym, wykonywanych w populacji, z uwzględnieniem struktury, o której mowa w pkt 2;

4) lekarzy specjalistów, o których mowa w załączniku nr 6 rozporządzenia MZ, wskazanych w formularzu wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w poz.

6. Lekarz poz obejmujący opieką świadczeniobiorcę w ramach zakresu świadczeń budżetu powierzonego opieki koordynowanej obowiązany jest do przeprowadzenia przynajmniej jednej porady kompleksowej w roku kalendarzowym.

7. Konsultacja lekarza poz z lekarzem specjalistą może odbyć się przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporada).

8. W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorcy w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej finansuje się w danym roku kalendarzowym:

1) nie więcej niż 9 (dziewięć) konsultacji dietetycznych lub porad edukacyjnych łącznie;

2) poradę kompleksową (jedną).

9. Łączna wartość konsultacji z lekarzem specjalistą (lekarz poz - lekarz specjalista) nie może przekroczyć 3% kwoty budżetu powierzonego opieki koordynowanej w okresie rozliczeniowym.

10. Wykaz chorób wg klasyfikacji ICD - 10, stanowiących przyczynę diagnostyki i leczenia osób przewlekle chorych, kwalifikujących do rozliczania świadczeń w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej, zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia MZ, określa załącznik nr 20 do zarządzenia.

11. Wyklucza się rozliczenie konsultacji lekarz poz - lekarz specjalista, przez lekarza poz posiadającego kwalifikacje lekarza specjalisty, o którym mowa w załączniku nr 6 rozporządzenia MZ, zgłoszonego do harmonogramu zasoby stanowiącego załącznik do umowy, w odniesieniu do zadeklarowanych do niego świadczeniobiorców.

12. Porada wstępna realizowana jest w ramach stawki kapitacyjnej lekarza poz z niezbędnymi badaniami diagnostycznymi finansowanymi w tej stawce. Dopuszcza się rozliczenie badań diagnostycznych określonych w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ w celu rozpoznania lub wykluczenia choroby przewlekłej z budżetu powierzonego opieki koordynowanej zleconych w trakcie porady wstępnej, zgodnie z zawartą umową.

13. Brak potwierdzenia choroby przewlekłej wyklucza rozliczenie porady kompleksowej.

<14. Świadczeniodawcy realizującemu świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej nalicza się dodatek motywacyjny związany z poziomem objęcia populacji świadczeniami w budżecie powierzonym opieki koordynowanej.>

<15. Wysokość jednostki rozliczeniowej w zależności od poziomu objęcia populacji świadczeniami w budżecie powierzonym opieki koordynowanej został określony w lp. 1.18-1.20 załącznika nr 1 do zarządzenia.>

<16. Dodatek motywacyjny, o którym mowa w ust.14, jest obliczany i wypłacany po zakończeniu każdego kwartału kalendarzowego na podstawie poziomu objęcia populacji świadczeniami w budżecie powierzonym opieki koordynowanej, ustalonego w ostatnim miesiącu danego kwartału.>

Rozdział 6.
Dodatek motywacyjny

§ 17. Świadczenia w ramach profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK) realizowane są zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu MZ. Realizacja świadczeń dokumentowana jest w SIMP zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia.

§ 18. 1. Świadczeniodawcy realizującemu świadczenia w zakresie lekarza poz lub pielęgniarki poz wypłaca się kwartalny i roczny dodatek motywacyjny związany z poziomem wykonania świadczeń ChUK.

2. Do obliczenia wysokości kwartalnego dodatku motywacyjnego, o którym mowa w ust.1, po zakończeniu:

1) I kwartału, przyjmuje się stosunek liczby osób, którym wykonano świadczenie ChUK według stanu na ostatni dzień pierwszego kwartału, do liczby osób kwalifikujących się do świadczeń ChUK będących na listach świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy według stanu na pierwszy dzień pierwszego kwartału;

2) II kwartału, przyjmuje się stosunek liczby osób, którym wykonano świadczenie ChUK według stanu na ostatni dzień drugiego kwartału, do liczby osób kwalifikujących się do świadczeń ChUK będących na listach świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy według stanu na pierwszy dzień pierwszego kwartału;

3) III kwartału, przyjmuje się stosunek liczby osób, którym wykonano świadczenie ChUK według stanu na ostatni dzień trzeciego kwartału, do liczby osób kwalifikujących się do świadczeń ChUK będących na listach świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy według stanu na pierwszy dzień pierwszego kwartału;

4) IV kwartału, przyjmuje się stosunek liczby osób, którym wykonano świadczenie ChUK według stanu na ostatni dzień czwartego kwartału, do liczby osób kwalifikujących się do świadczeń ChUK będących na listach świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy według stanu na pierwszy dzień pierwszego kwartału.

3. Dodatek motywacyjny wyliczony w sposób, o którym mowa w ust. 2 wypłacany będzie po zakończeniu danego kwartału za każdy punkt procentowy zwiększenia poziomu wykonania świadczenia ChUK, w stosunku do poprzedniego kwartału zgodnie z poniższą tabelą, z uwzględnieniem ust. 2 pkt 4.

lp.	Wskaźnik objęcia populacji świadczeniem ChUK	Dodatek do każdego wykonanego świadczenia ChUK, zależny od % poziomu objęcia populacji, naliczany za każdy punkt procentowy wzrostu
1.	od 5% - 10%	0,50 zł
2.	11% - 20%	0,80 zł
3.	21% - 30%	1,10 zł
4.	31% - 40%	1,50 zł
5.	> 40%	2,00 zł

4. Dodatek motywacyjny za I kwartał wypłacany jest zgodnie z wysokością wskaźnika określoną w ust. 2 pkt 1.

5. Do obliczenia wysokości rocznego dodatku motywacyjnego, o którym mowa w ust.1, przyjmuje się stosunek liczby osób, którym wykonano świadczenie ChUK według stanu na ostatni dzień danego roku, do populacji osób kwalifikujących się do świadczeń ChUK będących na listach świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy według stanu na pierwszy dzień danego roku.

6. Roczny dodatek motywacyjny wypłacany jest jednorazowo, do 20 lutego następnego roku w wysokości iloczynu liczby osób którym wykonano świadczenie ChUK i kwoty wskazanej w poniższej tabeli i odpowiadającej wskaźnikowi wykonania świadczenia ChUK wyliczonemu zgodnie z ust. 5.

Lp.	Wskaźnik objęcia populacji świadczeniem ChUK	Dodatek do każdego wykonanego świadczenia ChUK, zależny od % poziomu objęcia populacji.
1.	do 20%	4,00 zł
2.	21% - 25%	5,00 zł
3.	26% - 30%	7,00 zł
4.	31% - 35%	9,00 zł
5.	36% - 40%	12,00 zł
6.	41% - 45%	15,00 zł
7.	>45%	20,00 zł

7. Do rozliczenia świadczeń lekarza poz związanych ze zgłaszalnością pacjentek zakwalifikowanych do realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy stosuje się od 1 stycznia danego roku po zakończeniu każdego kwartału, wartość jednostki rozliczeniowej określoną w lp. 1.9 załącznika nr 1 do zarządzenia. Podstawą rozliczenia jest zgłaszalność populacji zakwalifikowanej do programu zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia danego roku, udostępnioną świadczeniodawcy przez Fundusz w (SIMP), i która wynosi co najmniej:

1) w I kwartale - 15%,

2) w II kwartale - 15%,

3) w III kwartale – 30%,

4) w IV kwartale – 45%

8. Świadczeniodawcy realizującemu świadczenia w zakresie lekarza poz nalicza się kwartalnie współczynniki korygujące, o których mowa w § 16 ust. 2 Ogólnych warunków umów, związane z poziomem zgłaszalności do programu profilaktyki raka piersi, realizowanym zgodnie z rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydanym na podstawie art. 31d ustawy .

9. Do obliczenia wysokości wartości współczynników korygujących, o których mowa w ust. 8, stosuje się wskaźnik zgłaszalności do programu liczony jako stosunek liczby świadczeniobiorców, którym wykonano świadczenie w ramach etapu podstawowego programu profilaktyki raka piersi na koniec danego kwartału, do populacji świadczeniobiorców kwalifikujących się do realizacji tego programu będących na listach świadczeniodawcy realizującego świadczenia lekarza poz według stanu na pierwszy dzień pierwszego kwartału, udostępnioną świadczeniodawcy przez Fundusz w SIMP.

10. Wskaźnik zgłaszalności do programu jest naliczany w ciągu roku narastająco. Pierwsze rozliczenie następuje w drugim miesiącu po upływie kwartału, w którym wskaźnik zgłaszalności do programu jest na poziomie co najmniej 35%. Wartość pierwszego współczynnika stanowi iloczyn liczby świadczeniobiorców, którym wykonano w ocenianym okresie świadczenie, o którym mowa w ust. 8, oraz kwoty wskazanej w poniższej tabeli odpowiadającej wartości współczynników korygujących dla wskaźnika objęcia populacji zgodnie z ust. 9.

Lp.	Wskaźnik zgłaszalności do programu profilaktyki raka piersi - etap podstawowy	Wartość współczynników korygujących za osobę, u której wykonano świadczenie w ramach programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy
1.	35% -40%	12,00 zł
2.	powyżej 40% - 45%	14,00 zł
3.	powyżej 45% - 50%	16,00 zł
4.	powyżej 50% - 55%	18,00 zł
5.	powyżej 55% - 60%	20,00 zł
6.	powyżej 60%	22,00 zł

11. Do obliczenia wartości współczynników korygujących w kolejnych kwartałach danego roku stosuje się zasady określone w ust. 10, z tym że do ich obliczenia uwzględnia się wyłącznie liczbę świadczeniobiorców, którym wykonano w ocenianym kwartale świadczenie, o którym mowa w ust. 8.

12. Świadczeniodawcy realizującemu świadczenia w zakresie lekarza poz nalicza się kwartalnie współczynniki korygujące, o których mowa w § 16 ust. 2 Ogólnych warunków umów, związane z poziomem zgłaszalności do programu badań przesiewowych raka jelita grubego, realizowanym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 916, z późn. zm.).

13. Do obliczenia wysokości wartości współczynników korygujących, o których mowa w ust. 12, stosuje się wskaźnik zgłaszalności do programu liczony jako stosunek liczby świadczeniobiorców, którym wykonano świadczenie w ramach programu badań przesiewowych raka jelita grubego na koniec danego kwartału, do populacji świadczeniobiorców kwalifikujących się do realizacji tego programu będących na listach świadczeniodawcy realizującego świadczenia lekarza poz według stanu na pierwszy dzień pierwszego kwartału, udostępnioną świadczeniodawcy przez Fundusz w SIMP.

14. Wskaźnik zgłaszalności do programu jest naliczany w ciągu roku narastająco. Pierwsze rozliczenie następuje w drugim miesiącu po upływie kwartału, w którym wskaźnik zgłaszalności do programu jest na poziomie co najmniej 16%. Wartość pierwszego współczynnika stanowi iloczyn liczby świadczeniobiorców, którym wykonano w ocenianym okresie świadczenie, o którym mowa w ust. 12, oraz kwoty wskazanej w poniższej tabeli odpowiadającej wartości współczynników korygujących dla wskaźnika objęcia populacji zgodnie z ust. 13.

Lp.	Wskaźnik zgłaszalności do programu badań przesiewowych raka jelita grubego	Wartość współczynników korygujących za osobę, u której wykonano świadczenie w ramach programu badań przesiewowych raka jelita grubego
1	16% -20%	12,00 zł
2	powyżej 20% - 30%	14,00 zł
3	powyżej 30% - 40%	16,00 zł
4	powyżej 40% - 50%	18,00 zł
5	powyżej 50% - 60%	20,00 zł
6	powyżej 60%	22,00 zł

15. Do obliczenia wartości współczynników korygujących za osobę, u której wykonano świadczenie w ramach programu badań przesiewowych raka jelita grubego, w kolejnych kwartałach danego roku stosuje się zasady określone w ust. 14, z tym że do ich obliczenia uwzględnia się wyłącznie liczbę świadczeniobiorców, którym wykonano w ocenianym kwartale świadczenie, o którym mowa w ust. 12.

Rozdział 6a.
Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej

§ 18a. 1. Świadczenie "Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej" realizowane jest zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu MZ.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, finansowane jest zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia.

3. Wyklucza się rozliczenie świadczenia "Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej" udzielonego w tym samym dniu co Porada kompleksowa w ramach świadczeń w Budżecie Powierzonym Opieki Koordynowanej u danego świadczeniobiorcy.

4. Wyklucza się rozliczenie Porady edukacyjnej - bilans zdrowia realizowanej w ramach świadczenia "Moje zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej" udzielonej tego samego dnia co:

1) Porada edukacyjna realizowana w ramach świadczeń w Budżecie Powierzonym Opieki Koordynowanej u danego świadczeniobiorcy albo

2) udzielonej tego samego dnia co Konsultacja dietetyczna realizowana w ramach świadczeń z Budżetu Powierzonego Opieki Koordynowanej u danego świadczeniobiorcy.

Rozdział 7.
Świadczenia lekarza poz

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

2. 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 z postanowieniami określonymi w części III załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ.

3. Świadczenie, o którym mowa w lp. 1.11 załącznika nr 1 do zarządzenia, związane z oceną stanu zaszczepienia oraz stanu zdrowia osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy, obejmuje:

1) weryfikację dostępnej dokumentacji medycznej w kontekście wykonanych szczepień ochronnych;

2) ocenę ogólnego stanu zdrowia wraz z kwalifikacją do szczepienia;

3) ustalenie indywidualnego kalendarza szczepień (IKSz), zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 9 do zarządzenia, w oparciu o aktualny Program Szczepień Ochronnych;

4) wykonanie pierwszego szczepienia/szczepień ustalonych w IKSz;

5) wpisanie wykonanego szczepienia do e-karty szczepień.

4. IKSz jest sporządzany w dwóch egzemplarzach z których jeden pozostaje w dokumentacji medycznej pacjenta, a drugi egzemplarz otrzymuje uprawniony do świadczeń, o którym mowa w § 8 w ust. 5 pkt 3 albo jego przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny.

5. Świadczenie, o którym mowa w lp. 1.12 załącznika nr 1 do zarządzenia, jest związane z realizacją indywidualnego kalendarza szczepień, ustalanego w trakcie świadczenia, o którym mowa w ust. 3 i wpisaniem wykonanego świadczenia do e-karty szczepień.

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

7. 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 § 37- 39, lekarz ustala zasadność ich realizacji.

8. Z ważnych przyczyn, na podstawie art. 38 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 i 1897) 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.

9. W sytuacji, o której mowa w ust. 8, 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;

3) zgłoszenia przypadku wraz z uzasadnieniem właściwemu ze względu na zawartą umowę Oddziałowi Funduszu.

10. Świadczenie, o którym mowa w lp. 1.14 załącznika nr 1 do zarządzenia, jest związane z wykonaniem zalecanego szczepienia przeciw LUDZKIEMU WIRUSOWI BRODAWCZAKA (HPV) osobom po ukończeniu 9. roku życia do ukończenia 14. roku życia, w schemacie dwudawkowym i obejmuje:

1) kwalifikację do szczepienia;

2) wykonanie szczepienia przez osobę uprawnioną zgodnie z przepisami;

3) wpis w elektronicznej Karcie Szczepień potwierdzający kwalifikację do szczepienia;

4) wpis w elektronicznej Karcie Szczepień potwierdzający wykonanie szczepienia.

11. Świadczenie, o którym mowa w lp. 1.16 załącznika nr 1 do zarządzenia, jest związane z wykonaniem w trakcie pobytu dziecka w placówce szkolnej do której uczęszcza, zalecanego szczepienia przeciw LUDZKIEMU WIRUSOWI BRODAWCZAKA (HPV) osobom po ukończeniu 9. roku życia do ukończenia 14. roku życia, w schemacie dwudawkowym i obejmuje:

1) kwalifikację do szczepienia;

2) wykonanie szczepienia przez osobę uprawnioną zgodnie z przepisami;

3) wpis w elektronicznej Karcie Szczepień potwierdzający kwalifikację do szczepienia;

4) wpis w elektronicznej Karcie Szczepień potwierdzający wykonanie szczepienia.

12. Świadczenie, o którym mowa w lp. 1.15 załącznika nr 1 do zarządzenia, jest związane z wykonaniem zalecanego szczepienia przeciw COVID – 19 osobom od ukończeniu 6. miesiąca życia, w schemacie wielodawkowym zgodnie z komunikatami Ministra Zdrowia i obejmuje:

1) kwalifikację do szczepienia;

2) wykonanie szczepienia przez osobę uprawnioną zgodnie z przepisami;

3) wpis w elektronicznej Karcie Szczepień potwierdzający kwalifikację do szczepienia;

4) wpis w elektronicznej Karcie Szczepień potwierdzający wykonanie szczepienia.

13. Świadczenia, o których mowa w ust. 10 - 12, mogą być wykonane przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę na realizację świadczeń lekarza poz, niezależnie od złożonej przez świadczeniobiorcę deklaracji wyboru, o której mowa § 2 ust. 1 pkt 7, w zakresie dotyczącym lekarza poz.

14. Świadczeniodawca wprowadza dane dotyczące szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 do centralnego elektronicznego systemu rejestracji szczepień na szczepienia ochronne przeciwko COVID-19, zgodnie z art. 21e i 21f ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924 i 1897).

15. Świadczenia, o których mowa w ust. 10 i 11, są rozliczane na podstawie informacji o wykonanym szczepieniu wygenerowanym z systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465 oraz z 2024 r. poz. 1897) i udostępniane Funduszowi przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, zgodnie z art. 21a ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ;

16. Świadczeniodawca wystawia i przekazuje, w terminie do 10. dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni, do właściwego Oddziału Funduszu fakturę za wykonane i prawidłowo sprawozdane świadczenia, o których mowa w ust. 15.

17. Na podstawie danych, o których mowa w ust. 15, w celu właściwego rozliczenia świadczeń, niezbędne informacje będą prezentowane świadczeniodawcy w Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia

§ 20. 1. W przypadku uprawdopodobnionego postępowaniem diagnostycznym, podejrzenia wystąpienia u świadczeniobiorcy nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, lekarz poz wydaje świadczeniobiorcy kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z art. 32a ust. 1 i 4 ustawy.

2. Wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego jest dokonywane z zastosowaniem aplikacji informatycznej (systemu informatycznego) udostępnionej przez Fundusz i sprawozdawane w formie porady lekarskiej.

3. Świadczeniodawca, informuje świadczeniobiorców o możliwości wydawania przez lekarzy w jego placówkach, kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, poprzez umieszczenie informacji wewnątrz budynku, w widocznych dla świadczeniobiorcy miejscach.

4. Realizując obowiązek, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest stosować wzór znaku graficznego, który jest określony w załączniku nr 26 do zarządzenia.

§ 21. 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, o której mowa w ustawie o poz, wyłącznie u jednego świadczeniodawcy realizującego umowę poz.

§ 22. 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. Złożenie harmonogramów stanowi warunek zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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 stanowiący załącznik nr 2 do umowy (harmonogram zasoby).

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.

4. Lekarz poz wydaje skierowania na realizację zleceń pozostających w zakresie kompetencji pielęgniarki poz, położnej poz lub pielęgniarki lub higienistki szkolnej. Wzór skierowania przedmiotowego zlecenia lekarskiego jest określony w załączniku nr 5 do zarządzenia.

5. Przepisu ust. 4 nie stosuje się w przypadku świadczeniobiorców objętych opieką lekarza poz i pielęgniarki poz lub lekarza poz i położnej poz lub lekarza poz i pielęgniarki lub higienistki szkolnej, u tego samego świadczeniodawcy. Podstawę realizacji zleceń w zakresach świadczeń, o których mowa w zdaniu pierwszym, u tych świadczeniodawców stanowi opis zlecenia w dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeniobiorcy. Pielęgniarka i położna udzielające świadczeń dokumentują wykonanie zlecenia zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach.

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

7. Lekarz poz wystawia zlecenie na wyroby medyczne, 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 2024 r. poz. 930 oraz z 2025 r. poz. 129), zwanej dalej "ustawą o refundacji", zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

8. W przypadku braku dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej lub ciągłości ich udzielania albo wystąpienia zagrożenia ograniczenia dostępności do świadczeń na obszarach wiejskich pozostających poza granicami administracyjnymi miast, obejmujących obszary gmin wiejskich i gmin miejsko-wiejskich, na których gęstość zaludnienia nie przekracza 50 mieszkańców na kilometr kwadratowy, świadczenia na takich obszarach mogą być udzielane przez lekarza dodatkowo zatrudnionego, nie posiadającego specjalizacji, który po zdaniu Lekarskiego Egzaminu Końcowego nie rozpoczął szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury.

9. W przypadku udzielania świadczeń na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporad), o których mowa w § 8 ust. 8, świadczeniodawca w zakresie lekarza poz, obowiązany jest do sprawozdawania zrealizowanych teleporad zgodnie z § 9 ust. 10.

§ 23. 1. Finansowanie świadczeń udzielonych przez lekarza poz na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. Stawka kapitacyjna lekarza poz korygowana jest z zastosowaniem współczynnika:

1) 4,0 - w przypadku osoby do 2. roku życia;

2) 2,8 - w przypadku osoby od 3.do 6. roku życia;

3) 1,3 - w przypadku osoby od 7. do 19. roku życia;

4) 1,0 - w przypadku osoby od 20. do 39. roku życia;

5) 1,34 - w przypadku osoby od 40. do 65. roku życia;

6) 2,7 - w przypadku osoby od 66. do 75. roku życia;

7) 3,4 - w przypadku osoby powyżej 75. roku życia;

8) 3,1 - w przypadku podopiecznego DPS, lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej; w tym przypadku nie stosuje się współczynnika określonego w pkt 1-7.

3. Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące, odbywa się na podstawie bieżącej informacji o złożonych deklaracjach wyboru do lekarza poz w danym okresie sprawozdawczym.

4. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez lekarza poz, dla których określone zostały w umowie odrębne warunki finansowania świadczeń.

5. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 4, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 7 pkt 1-3. Wartości jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, są określone w załączniku nr 1 do zarządzenia.

6. Finansowanie świadczeń, o których mowa w § 22 ust. 8, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 7, począwszy od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym rozpoczęte zostało udzielanie świadczeń przez lekarza, o którym mowa w § 22 ust. 8 i trwa przez 12 kolejnych miesięcy.

7. Jednostką rozliczeniową dla świadczeń, o których mowa w § 22 ust. 8, jest ryczałt miesięczny, którego wartość jest określona w załączniku nr 1 do zarządzenia w wierszu lp. 1.8.

8. Finansowanie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna, odbywa się na podstawie wartości jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie poz, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w lp. 1.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca ten przekazał dyrektorowi Oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.

9. W przypadku rozliczania świadczeń dotyczących uprawnionych do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy, zastosowanie mają wartości jednostek rozliczeniowych określone w lp. 1.3, lp. 1.11 i lp. 1.12 załącznika nr 1 do zarządzenia.

10. Świadczenie, o którym mowa w lp. 1.11 załącznika nr 1 do zarządzenia, jest traktowane jako świadczenie pierwszorazowe i podlega rozliczeniu tylko raz.

§ 24. 1. W ramach deklaracji wyboru lekarza poz, o której mowa w § 8 ust. 1, w przypadku objęcia opieką świadczeniobiorców chorych przewlekle, z grupy chorób przewlekłych z danej grupy dziedzinowej, określonej w załączniku nr 20 do zarządzenia, z wyłączeniem rozpoznań według klasyfikacji ICD-10: R73 Podwyższone stężenie glukozy i R73.0 Nieprawidłowa krzywa cukrowa (test tolerancji glukozy) zwanej dalej "grupą dziedzinową", po każdym okresie sprawozdawczym wypłaca się dodatek kwotowy w wysokości wskazanej w tabeli:

Liczba grup dziedzinowych	Wysokość dodatku kwotowego wypłacana za objęcie opieką świadczeniobiorcy
1	20,02 zł
2	33,38 zł
3	43,39 zł
4 i więcej	50,07 zł

2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, wypłacany jest w przypadku sprawozdania odpowiedniego kodu jednostki chorobowej będącej główną przyczyną zrealizowanego świadczenia lub chorób współistniejących, według klasyfikacji ICD-10, wymienionego w załączniku nr 20 do zarządzenia:

1) przez kolejnych 12 okresów sprawozdawczych od dnia udzielenia porady kompleksowej z IPOM u danego świadczeniobiorcy,

2) od dnia udzielenia innej niż wymieniona w pkt 1 porady lekarskiej, pod warunkiem, że liczba porad lekarza poz udzielonych osobom z powodu choroby, o której mowa w załączniku nr 20 do zarządzenia, nie jest mniejsza niż jedna przypadająca na 6 kolejnych okresów sprawozdawczych

– w wysokości odpowiedniej do liczby grup dziedzinowych.

3. Udzielenie świadczeniobiorcy świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z powodu choroby z danej grupy dziedzinowej, powoduje wstrzymanie rozliczenia dodatku kwotowego w tej grupie na 12 kolejnych okresów sprawozdawczych, liczonych od daty udzielenia tego świadczenia.

Rozdział 8.
Świadczenia pielęgniarki poz

§ 25. 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 i które stanowi część 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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, pielęgniarka poz sprawuje opiekę zgodnie z ustalonymi dla tych świadczeniobiorców indywidualnymi planami opieki.

4. Pielęgniarka poz wystawia zlecenie na wyroby medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

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

1) udział 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 indywidulanymi planami opieki;

3) realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarskiej oraz zleceń lekarskich.

6. W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, wyłącznie w domu świadczeniobiorcy i na zlecenie lekarza poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, pielęgniarka poz pobiera materiały do badań diagnostycznych.

7. Świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy, realizowane zgodnie z warunkami określonymi w części III załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ oraz zgodnie z załącznikiem 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 ustawie z dnia z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078), pielęgniarka poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ.

§ 26. 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.

§ 27. 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. Złożenie harmonogramów stanowi warunek zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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 stanowiący załącznik nr 2 do umowy (Harmonogram – zasoby).

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.

4. Świadczenia 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.

§ 28. 1. Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do pielęgniarki poz, stawka kapitacyjna korygowana jest z zastosowaniem współczynnika odpowiedniego dla grupy wiekowej właściwej dla świadczeniobiorcy albo miejsca pobytu świadczeniobiorcy:

1) osoba do 6. roku życia, niewymieniona w pkt 4 - współczynnik 2,0;

2) osoba w wieku od 7. do 65. roku życia, niewymieniona w pkt 4 – współczynnik 1,0;

3) osoba w wieku powyżej 65. roku życia, niewymieniona w pkt 4 – współczynnik 2,0;

4) osoba przebywająca w DPS lub placówce socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – współczynnik 3,5.

3. Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące, odbywa się na podstawie informacji o złożonych deklaracjach wyboru do pielęgniarki poz, w danym okresie sprawozdawczym,

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

5. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 4, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 7 pkt 1-3. Wartości jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

6. Finansowanie świadczeń dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna odbywa się na podstawie wartości cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie poz, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w lp. 2.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca przekazał dyrektorowi Oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.

7. W przypadku rozliczania świadczeń pielęgniarki poz dotyczących uprawnionych do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy, zastosowanie ma wartość jednostki rozliczeniowej określona w lp. 2.3 załącznika nr 1 do zarządzenia.

8. W ramach deklaracji wyboru pielęgniarki poz, w przypadku objęcia opieką świadczeniobiorców po przebytej hospitalizacji, finansuje się Kompleksową Opiekę Pielęgniarką w ramach opieki przejściowej, obejmującą typy porad:

1) poradę pielęgniarską leczenia ran;

2) poradę pielęgniarską stomijną;

3) poradę pielęgniarską urologiczną.

9. Warunki udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 8, są określone w załączniku nr 17 do zarządzenia.

10. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 8, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 7 pkt 1-3. Wartości jednostek rozliczeniowych tych świadczeń są określone w załączniku nr 1 do zarządzenia.

11. Wyklucza się rozliczenie porad, o których mowa w ust. 8, w przypadku, gdy pacjent korzysta jednoczasowo ze świadczeń w rodzaju:

1) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;

2) opieka paliatywna i hospicyjna;

3) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresach: Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1); Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2);

4) leczenie szpitalne.

12. Dopuszcza się finansowanie w tym samym czasie dwóch lub więcej typów porad pielęgniarskich, o których mowa w ust. 8, realizowanych u świadczeniobiorcy objętego opieką.

13. W przypadku, o którym mowa w ust. 12, porady realizowane w domu pacjenta finansowane są według zasady:

1)) pierwsza porada pielęgniarska finansowana jest stawką, o której mowa w poz. 2.8 załącznika nr 1 do zarządzenia,

2) kolejna porada pielęgniarska finansowana jest stawką, o której mowa w poz. 2.8 załącznika nr 1 do zarządzenia, korygowaną współczynnikiem 0,5.

Rozdział 9.
Świadczenia położnej poz

§ 29. 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. Świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej udzielane są z zachowaniem zasad określonych w przepisach rozporządzenia o opiece okołoporodowej.

4. 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, z uwzględnieniem edukacji laktacyjnej – w liczbie od 4 do 6 w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych; pierwsza wizyta patronażowa odbywa się nie później niż 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i dziecko;

2) w przypadku ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, spośród rozpoznań według Klasyfikacji ICD-10 wymienionych w załączniku nr 19 do zarządzenia, odpowiednio do sytuacji – wizyty patronażowe albo wizyty w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – w liczbie od 4 do 9 w okresie dwóch 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, połogu, 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, wobec których dopuszcza się rozliczenie w ramach realizacji indywidualnego harmonogramu wizyt, do 3 wizyt 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, wobec których dopuszcza się rozliczenie w ramach realizacji indywidualnego harmonogramu wizyt, do 3 wizyt 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 14 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.

5. Wizyty położnej poz w opiece pielęgnacyjnej nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej obejmują okres od dnia zakończenia leczenia szpitalnego do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej i realizowane są przez położną na podstawie skierowania, o którym mowa w § 12 ust. 10 Ogólnych warunków umów, albo karty informacyjnej z leczenia szpitalnego wydanych po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej, zgodnie z zaleceniami w nich zawartymi.

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

7. Położna poz wystawia zlecenie na wyroby medyczne o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, zgodne ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

8. 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:

a) przesiewowego badania cytologicznego albo

b) przesiewowego testu molekularnego HPV HR oraz badania cytologicznego, na podłożu płynnym (LBC), w przypadku dodatniego wyniku testu molekularnego HPV HR.

9. Zasady realizacji świadczenia, o którym mowa w ust. 8, określone są w załączniku nr 10 do zarządzenia. Wykonanie świadczenia dokumentowane jest w SIMP oraz przez włączenie wydruku wyniku badania do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentki prowadzonej przez położną poz.

10. Położna poz, pod warunkiem spełnienia wymagań zapewniających realizację świadczeń zgodnie z obowiązującym standardem opieki okołoporodowej, może sprawować samodzielną opiekę nad kobietą w przebiegu prowadzenia ciąży fizjologicznej.

11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10, położna poz realizuje świadczenia oraz zapewnia wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, zgodnie z zakresem i terminami określonymi w części II załącznika standardu opieki okołoporodowej; udzielone świadczenia rozliczane są jako wizyty – po wykonaniu wszystkich świadczeń właściwych terminowi badania określonemu w przepisach rozporządzenia o opiece okołoporodowej. Świadczenia z zakresu edukacji przedporodowej, mające na celu praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa, realizowane od 21. tygodnia ciąży, w formie grupowej lub indywidualnej, podlegają rozliczeniu na odrębnych zasadach.

12. W sytuacji wystąpienia wskazań medycznych, położna poz zapewnia dodatkowo wykonanie pacjentce jednorazowo 24-godzinnego ciągłego pomiaru ciśnienia krwi w warunkach domowych (Holter RR).

13. Wymagania do realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 10 i 11, oraz zasady obowiązujące przy sprawowaniu opieki w ramach umowy, są określone w załączniku nr 11 do zarządzenia. Wykonane świadczenia dokumentowane są w prowadzonej przez położną poz indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeniobiorcy oraz w Karcie ciąży.

§ 30. 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.

§ 31. 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. Złożenie harmonogramów stanowi warunek zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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 stanowiący załączniki 1 do umowy. (Harmonogram – zasoby).

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.

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

§ 32. 1. Finansowanie świadczeń położnej poz na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 6.

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. 7 pkt 1-3. Wartości jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

4. Finansowanie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna odbywa się na podstawie wartości jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającej ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie poz, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w lp. 3.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca przekazał dyrektorowi Oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.

5. W przypadku rozliczania świadczeń położnej poz dotyczących uprawnionych do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy, zastosowanie ma wartość jednostki rozliczeniowej określona w lp. 3.7 załącznika nr 1 do zarządzenia.

Rozdział 10.
Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej

§ 33. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej stanowi realizacja świadczeń określonych w części I załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ.

2. Pielęgniarka lub higienistka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież objęte obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki począwszy od oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych do ostatniej klasy szkoły ponadpodstawowej, z wyłączeniem szkół dla dorosłych.

§ 34. 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.

§ 35. 1. Pielęgniarka szkolna zapewnia dostępność do świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką, z uwzględnieniem zasad, o których mowa w § 34 oraz planu godzin lekcyjnych, zgodnie z harmonogramem pracy pielęgniarki lub higienistki 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 porozumienia o współpracy i charakterystyce populacji uczniów, która w tych szkołach zostanie objęta opieką przez świadczeniodawcę 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.

4. Złożona w Oddziale Funduszu informacja, o której mowa w ust. 2 i 3, w przypadku zaistnienia zmian w wykazie szkół objętych opieką w trakcie realizacji umowy, podlega aktualizacji; zaprzestanie współpracy ze szkołą wymienioną w informacji, o której mowa w ust. 2, lub nawiązanie współpracy z nową szkołą wymaga zgłoszenia Oddziałowi Funduszu z wyprzedzeniem, co najmniej jednego pełnego okresu sprawozdawczego poprzedzającego wejście w życie zmiany.

5. W przypadku, gdy porozumienie o współpracy, o którym mowa w ust. 2 i 3, zawarte zostało pomiędzy świadczeniodawcą a szkołą na czas określony kończący się w okresie trwania umowy, o której mowa w ust. 2, celem zapewnienia płynności rozliczania świadczeń, świadczeniodawca, z wyprzedzeniem co najmniej jednego pełnego okresu sprawozdawczego poprzedzającego termin związania porozumieniem, przedkłada Funduszowi kopię porozumienia przedłużającego okres współpracy.

§ 36. 1. Finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 2-6.

2. Stawka kapitacyjna dotycząca ucznia, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika odpowiedniego dla typu szkoły, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej, w następujący sposób:

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

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

   b) uczeń klasy integracyjnej i sportowej w szkole typu I (typ ucznia I.2) – współczynnik 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) – współczynnik 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) – współczynnik 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) – współczynnik 25,0;

2) typ szkoły II (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa) - uczeń szkoły typu II (typ ucznia II) – współczynnik 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) – współczynnik 6,8,

   b) uczeń z niepełnosprawnością typu B w szkole typu III (typ ucznia IIIB) – współczynnik 12,6,

   c) uczeń z niepełnosprawnością typu C w szkole typu III (typ ucznia IIIC) – współczynnik 33,4.

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

4. Finansowanie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna odbywa się na podstawie wartości jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie poz, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w lp. 4.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca przekazał dyrektorowi Oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.

5. 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. 6 pkt 2.

6. 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, i powinno być odnotowane w dokumentacji indywidulanej ucznia prowadzonej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).

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

Rozdział 11.
Transport sanitarny w poz

§ 37. 1. W przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz, świadczenia udzielane są z zachowaniem wymagań określonych w § 8 ust. 3 Ogólnych warunków umów.

2. 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 w § 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.

3. 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.

§ 38. 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 wymogów, 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 lub oświadczenie złożone zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia.

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.

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 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

5. Umowa o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz, poza sytuacjami określonymi w § 37 ust. 3 pkt 3 i 4 zarządzenia, 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 § 37 ust. 2, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz.

7. Świadczenia, o których mowa w § 37 ust. 3, 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 § 37 ust. 3 zarządzenia 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 w rodzaju leczenie szpitalne w przypadkach określonych w § 37 ust. 3 pkt 1 i 2;

2) świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do występowania w jego imieniu, po uzyskaniu zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w przypadkach określonych w § 37 ust. 3 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, numer telefonu);

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 zarządzenia, świadczeniodawca wystawiający zlecenie na wykonanie 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 zleceniu 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.

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 zleceniodawcy;

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.

§ 39. 1. Świadczenia transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 37 ust. 2, finansowane są na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia oraz zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 6.

2. Świadczenia transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 37 ust. 3, 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 wartości jednostki rozliczeniowej, oblicza się przez dodanie:

1) iloczynu liczby przewozów zrealizowanych na odległość 121–400 km i ryczałtu za przewóz określonego w poz. 5.2 załącznika nr 1 do zarządzenia;

2) iloczynu liczby przewozów zrealizowanych na odległość przekraczającą 400 km i ryczałtu określonego w poz. 5.2 załącznika nr 1 do zarządzenia, oraz iloczynu liczby przebytych kilometrów przekraczającej odległość 400 km i ryczałtu określonego w poz. 5.3 załącznika nr 1 do zarządzenia.

Rozdział 12.
Koordynacja opieki

§ 40.

1. W procesie koordynacji opieki, o której mowa w art. 14 ust. 1 ustawy o poz, uczestniczy koordynator.

2. Dla realizacji zadań wykonywanych przez koordynatora, związanych z budowaniem relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi:

1) w proces profilaktyki, do których należy w szczególności:

a) promowanie profilaktyki, w tym wykonywania badań profilaktycznych przez świadczeniobiorców,

b) ustalanie terminów realizacji badań profilaktycznych dla świadczeniobiorców z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 24 roku życia

– ustala się wartość stawki w wysokości, o której mowa w poz. 6.1 załącznika nr 1 do zarządzenia; albo

2) w realizację budżetu powierzonego opieki koordynowanej, do których należy w szczególności:

a) monitorowanie obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością,

b) nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia,

c) ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej,

d) zapewnienie komunikacji pomiędzy personelem administracyjnym a personelem medycznym podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony, oraz innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń,

e) udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej,

f) analizowanie i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych,

g) monitorowanie realizacji Indywidualnych Planów Opieki Medycznej, o których mowa w art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o poz,

h) wykonywanie zadań, o których mowa w pkt 1

[– ustala się wartość stawki w wysokości, o której mowa w poz. 6.1 załącznika nr 1, korygowaną współczynnikiem - 1,25 dla świadczeniobiorców z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 18 roku życia.]

- ustala się wartość stawki w wysokości, o której mowa w poz. 6.1 załącznika nr 1, dla świadczeniobiorców z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 18 roku życia, a w przypadku świadczeniodawców, u których poziom objęcia populacji świadczeniami w budżecie powierzonym opieki koordynowanej jest równy lub większy niż 5%, stawka ta korygowana jest współczynnikiem - 1,5, z zastrzeżeniem ust. 2a.>

<2a. Świadczeniodawcy, posiadającemu umowę w przedmiocie: koordynacja opieki – zadania koordynatora za realizację zadań, o których mowa w § 40 ust. 2 pkt 2, w okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy po raz pierwszy na realizację świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej określa się następujące zasady rozliczania:

1) u świadczeniodawcy, u którego zadeklarowana do lekarza POZ populacja świadczeniobiorców w grupie wiekowej powyżej 18 roku życia nie przekracza 5000 osób - świadczeniodawca otrzymuje ryczałt miesięczny w wysokości 7 657,50 zł miesięcznie;

2) u świadczeniodawcy, u którego zadeklarowana populacja w grupie wiekowej powyżej 18 roku życia przekracza 5000 osób – świadczeniodawca otrzymuje ryczałt miesięczny, o którym mowa w pkt 1, oraz dodatkowo za każdą osobę powyżej 5000 osób z grupy wiekowej powyżej 18 roku życia wartość stawki w wysokości, o której mowa w poz. 6.1 załącznika nr 1 do zarządzenia, korygowaną współczynnikiem - 1,25.>

3. Świadczeniodawca zapewnia dostępność koordynatora, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 6, z uwzględnieniem zasad organizacji udzielania świadczeń oraz zgodnie z harmonogramem zasoby określonym w załączniku nr 2 do umowy.

4. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką koordynatora realizującego zadania, o których mowa w ust. 2 pkt 1, nie powinna przekraczać 5000 osób na 0,5 etatu przeliczeniowego. Liczbę osób objętych opieką koordynatora oblicza się na podstawie deklaracji wyboru lekarza poz z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 24 roku życia.

5. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką koordynatora realizującego zadania, o których mowa w ust. 2 pkt 2, nie powinna przekraczać 5000 osób na 1 etat przeliczeniowy. Liczbę osób objętych opieką koordynatora opieki oblicza się na podstawie deklaracji wyboru lekarza poz z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 18 roku życia.

§ 41. 1. Należność z tytułu zadań koordynatora stanowi suma iloczynów liczby świadczeniobiorców, o których mowa w § 40 ust. 4 albo ust. 5, i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, określonej w poz. 6.1 załącznika nr 1, z zastosowaniem współczynnika zależnego od realizacji zadań wykonywanych przez koordynatora.

2. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie zweryfikowanej złożonej listy deklaracji wyboru lekarza poz przekazanej przez świadczeniodawcę w danym okresie sprawozdawczym.

3. (uchylony)

[4. W przypadku, jeśli świadczeniodawca w okresie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy na realizację budżetu powierzonego opieki koordynowanej nie realizuje świadczeń w tym zakresie, współczynnik, o którym mowa w § 40 ust. 2, nie ma zastosowania w następujących po ich upływie okresach sprawozdawczych, w trakcie których świadczenia te nie są realizowane.]

<4. W przypadku, jeśli świadczeniodawca posiadający umowę na realizację świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej przez 3 następujące po sobie miesiące ich nie realizuje w następujących po ich upływie okresach sprawozdawczych, w trakcie których świadczenia te nie są realizowane, nie ustala się stawki ani ryczałtu o których mowa w § 40 ust. 2 pkt 2 oraz ust. 2a ani nie wypłaca się dodatku motywacyjnego, o którym mowa w § 16 ust. 14.>

§ 41a. (uchylony)

§ 41b. (uchylony)

Rozdział 13.
Zawieranie umów w poz

§ 42. Warunkami zawarcia umowy są:

1) spełnianie przez wnioskującego wymagań określonych w niniejszym zarządzeniu i w przepisach odrębnych;

2) złożenie wniosku do Oddziału Funduszu wraz z dokumentami i oświadczeniami, o których mowa w § 47.

§ 43. 1. Wniosek może być złożony w ciągu całego roku kalendarzowego.

2. Złożone prawidłowo wnioski rozpatrywane są w terminie 20 dni od dnia ich złożenia. Umowa obowiązuje od pierwszego dnia okresu sprawozdawczego następującego po dniu jej zawarcia.

§ 44. 1. Warunki dotyczące złożenia wniosku oraz warunki zawarcia umowy, a także inne dokumenty, udostępniane są przez Fundusz w formie elektronicznej, w miejscu i terminie określonym w informacji, o której mowa w § 6 ust. 1.

2. Wniosek składa się w formie elektronicznej, poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, obejmuje:

1) formularz wniosku;

2) dokumenty i oświadczenia, o których mowa w § 47.

§ 45. 1. Formularz wniosku sporządzany jest z zastosowaniem udostępnionej przez Fundusz aplikacji obsługującej postępowanie.

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 zlecanie 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 wniosek, 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. W celu przygotowania wniosku wnioskujący obowiązany jest w szczególności do:

1) zarejestrowania profilu świadczeniodawcy na Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) pobrania aplikacji obsługującej postępowanie oraz danych niezbędnych do przygotowania wniosku (m.in. informacji zarejestrowanych wcześniej w profilu świadczeniodawcy oraz ogłoszenia o postępowaniu);

3) wypełnienia wniosku w formie elektronicznej;

4) wygenerowania pliku zawierającego wniosek;

5) wskazania listy załączników do wniosku – dokumentów i oświadczeń, o których mowa w § 47;

6) podpisania wniosku oraz dokumentów i oświadczeń dołączanych do wniosku kwalifikowanym podpisem elektronicznym, profilem zaufanym albo podpisem osobistym;

7) przesłania wniosku poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia do właściwego Oddziału Funduszu.

§ 46. 1. Wniosek sporządza się, pod rygorem pozostawienia bez rozpatrzenia, w języku polskim oraz w sposób określony w § 45.

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

§ 47. 1. Wniosek w formie elektronicznej 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 – skan umowy spółki lub wyciągu 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) skan 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) skan 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 zobowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia obowiązywania umowy;

5) skan umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających wartości finansowania), zawierającej zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem, na zasadach określonych w ustawie – w przypadku, gdy dopuszczalne jest zlecanie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nią objętych;

6) w przypadku, gdy wnioskujący nie przedstawi dokumentów, o których mowa w pkt 5 – oświadczenie w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy (bez zlecania podwykonawcom udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy);

7) oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 13 do zarządzenia;

8) w przypadku, gdy 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, w tym o kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym personelu medycznego, określonych w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, składane przez wnioskującego, winny pozostawać w zgodności ze stanem faktycznym i prawnym. Skany wymaganych dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem kwalifikowanym podpisem elektronicznym, profilem zaufanym albo podpisem osobistym przez osoby uprawnione do reprezentowania wnioskującego.

3. Dyrektor Oddziału Funduszu może zażądać przedstawienia oryginału dokumentu w przypadku, gdy skan jest nieczytelny lub budzi wątpliwości co do jego zgodności z oryginałem, a brak jest możliwości weryfikacji jego prawdziwości w inny sposób.

4. W przypadku przedłużania okresu obowiązywania umowy niewygasającej z końcem okresu rozliczeniowego i jeżeli zachodzi konieczność dokonania zmian w danych, o których mowa w § 45 ust. 2, świadczeniodawca obowiązany jest do aktualizacji tych danych.

5. Spełnienie wymogu, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca potwierdza oświadczeniem złożonym w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia, sporządzonym zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 15 do zarządzenia.

6. W przypadku, gdy wnioskujący w dniu złożenia wniosku jest świadczeniodawcą i w związku z tym w dyspozycji Oddziału Funduszu pozostają zgodne ze stanem faktycznym informacje, o których mowa w § 45 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 w formie elektronicznej, według wzoru określonego w załączniku nr 16 do zarządzenia.

§ 48. 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 realizacji wielu zakresów świadczeń w rodzaju poz jest uprawniony do złożenia kilku wniosków dotyczących różnych świadczeń poz, dla których zarządzenie określa przedmiot umowy.

4. Potwierdzenie złożenia wniosku generowane jest w sposób automatyczny i przekazywany wnioskującemu przez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 49. 1. W przypadku wystąpienia braków formalnych wniosku dyrektor Oddziału Funduszu, przez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia, wzywa świadczeniodawcę do ich usunięcia, wskazując termin dokonania tej czynności.

2. Dokumenty lub oświadczenia stanowiące realizację wezwania, o którym mowa w ust. 1, przesyła się w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 50. 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.

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

1) w przypadku pozytywnej oceny – przedstawia wnioskującemu do podpisania projekt umowy, wskazując termin jej podpisania;

2) w przypadku negatywnej oceny – przedstawia wnioskującemu w formie pisemnej rozstrzygnięcie z podaniem przyczyn odmowy zawarcia umowy.

§ 52. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku Wnioskujący przed podpisaniem umowy przesyła do Oddziału Funduszu, za pośrednictwem Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, 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 wskazania w umowie numeru rachunku bankowego świadczeniodawcy.

Rozdział 14.
Postanowienia epizodyczne, przejściowe i końcowe

§ 53. 1. Świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza poz nalicza się współczynnik korygujący, o którym mowa w § 16 ust. 2 Ogólnych warunków umów, związany z poziomem zgłaszalności do programu "Profilaktyka 40 PLUS", prowadzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy.

2. Współczynnik korygujący, o którym mowa w ust.1, wypłaca się świadczeniodawcy kwartalnie, w formie ryczałtu, w wysokości 2200 zł za każde 100 osób, które wypełniły ankietę i zrealizowały badania w ramach programu „Profilaktyka 40 PLUS" po 1 lipca 2022 r., i które znajdują się na liście świadczeniodawcy według stanu na pierwszy dzień miesiąca kwartału, za który rozliczany jest współczynnik korygujący.

3. Fundusz na podstawie danych przekazanych przez Centrum e-Zdrowia, ustala listę świadczeniodawców spełniających warunki do naliczenia współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 1 i 2 oraz jego wysokość za dany kwartał i przekazuje tę informację świadczeniodawcy w terminie 5 dni od dnia jej ustalenia.

4. Świadczeniodawca w terminie 7 dni od otrzymania informacji, o której mowa w ust. 3, przekazuje do Oddziału Funduszu rachunek z tytułu naliczonego współczynnika korygującego.

5. Dyrektor Oddziału Funduszu, na podstawie rachunku wystawionego przez świadczeniodawcę, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, wypłaca kwotę, o której mowa w ust. 4.

6. Za datę przekazania świadczeniodawcy środków finansowych przez Fundusz uznaje się dzień obciążenia rachunku Funduszu.

§ 54.

1. Do 31 grudnia 2025 r. za realizację zadań, o których mowa w § 40 ust. 2 pkt 2, ustala się następujące zasady rozliczania:

1) u świadczeniodawcy, u którego zadeklarowana populacja w grupie wiekowej powyżej 18 roku życia nie przekracza 5000 osób - dla świadczeniodawcy ryczałt miesięczny w wysokości 7657,50 zł miesięcznie;

2) u świadczeniodawcy, u którego zadeklarowana populacja w grupie wiekowej powyżej 18 roku życia przekracza 5000 osób - ryczałt miesięczny, o którym mowa w pkt 1, oraz dodatkowo za każdą osobę powyżej 5000 osób z grupy wiekowej powyżej 18 roku życia wartość stawki w wysokości, o której mowa w poz. 6.1 załącznika nr 1 do zarządzenia, korygowana jest współczynnikiem - 1,25. Przepis § 41 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

2. W przypadku, jeśli świadczeniodawca w okresie 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy na realizację budżetu powierzonego opieki koordynowanej nie realizuje świadczeń w tym zakresie, przepis ust. 1 nie ma zastosowania w następujących po ich upływie okresach sprawozdawczych, w trakcie których świadczenia te nie są realizowane.

3. W przypadku, jeśli świadczeniodawca, który zawarł umowę na realizację budżetu powierzonego opieki koordynowanej przed dniem 1 października 2024 r. i do dnia 1 stycznia 2025 r. nie realizował świadczeń w tym zakresie, przepis ust. 1 nie ma zastosowania w miesiącu styczniu 2025 r., oraz w miesiącach po nim następujących, w trakcie których świadczenia te nie są realizowane

§ 55. 1. Do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie wniosków złożonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 57.

2. Dyrektorzy Oddziałów Funduszu obowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian 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.

§ 56. Oświadczenia o realizacji transportu sanitarnego w poz, złożone na podstawie § 9 ust. 6 pkt 9 zarządzenia, o którym mowa § 57, zachowują ważność do czasu ich wygaśnięcia.

§ 57. Traci moc zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

§ 58. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2025 r.

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

[Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 31 marca 2025 r.

Wartości stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów

L.p.	*Nazwa świadczenia*	*Jednostka rozliczeniowa*	*Wartość jednostki rozliczeniowej w zł*
1.1	*Świadczenia lekarza poz*	*Stawka kapitacyjna*	*226,08*
1.1a	*Świadczenia lekarza poz – w przypadku posiadania certyfikatu akredytacyjnego*	*Stawka kapitacyjna*	*228,36*
1.2	*Świadczenie lekarza poz w profilaktyce CHUK*	*Porada*	*143,90*
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*	*98,12*
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 ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP*	*Porada*	*98,12*
1.5	*Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)*	*Porada*	*98,12*
1.6	*Świadczenie lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu "dalekiego" w POZ*	*Porada*	*26,17*
1.7	*Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem karty DiLO*	*Porada*	*65,40*
1.8	*Świadczenie lekarza poz związane z zapewnieniem dostępności do świadczeń na terenach o małej gęstości zaludnienia*	*Ryczałt miesięczny*	*6540,80*
1.9	*Świadczenie lekarza poz związane ze zgłaszalnością pacjentek zakwalifikowanych do realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy*	*Ryczałt miesięczny*	*354,75*
1.10	*Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem zaświadczenia osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji*	*Porada*	*98,12*
1.11	*Pierwszorazowe świadczenie lekarza poz związane z oceną stanu zaszczepienia oraz stanu zdrowia wraz ze szczepieniem dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy*	*Porada*	*135,20*
1.12	*Świadczenie lekarza poz związane z realizacją indywidualnego kalendarza szczepień (IKSz) dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy*	*Porada*	*60,08*
1.13	*test antygenowy w kierunku: SARS-CoV-2/grypy A+B/RSV*	*Świadczenie*	*40,04*
1.14	*Wykonanie zalecanego szczepienia przeciwko Ludzkiemu Wirusowi Brodawczaka (HPV)****	*Świadczenie*	*35,04*
1.15	*Wykonanie zalecanego szczepienia przeciwko COVID - 19****	*Świadczenie*	*35,04*
1.16	*Wykonanie zalecanego szczepienia przeciwko Ludzkiemu Wirusowi Brodawczaka (HPV) w placówce szkolnej ****	*Świadczenie*	*87,07*
1.17	*Lipidogram – badanie przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej zrealizowane w ramach bilansu 6-latka.*	*Świadczenie*	*24,90*
*Budżet powierzony diagnostyczny**			
1.18	*Ferrytyna*	*Świadczenie*	*24,15*
1.19	*Witamina B12*	*Świadczenie*	*25,36*
1.20	*Kwas foliowy*	*Świadczenie*	*19,32*
1.21	*Anty–CCP*	*Świadczenie*	*68,84*
1.22	*CRP - szybki test ilościowy (populacja do ukończenia 6 r.ż.)*	*Świadczenie*	*16,91*
1.23	*Przeciwciała anty-HCV*	*Świadczenie*	*46,20*
1.24	*Antygen H. pylori w kale – test kasetkowy*	*Świadczenie*	*27,77*
1.25	*Antygen H. pylori w kale – test laboratoryjny*	*Świadczenie*	*73,67*
1.26	*Strep-test*	*Świadczenie*	*14,49*
1.27	*Immunoglobuliny E całkowite (IgE)*	*Świadczenie*	*28,35*
1.28	*Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10-punktowych oznaczeń dotyczący alergii wziewnych*	*Świadczenie*	*117,87*
1.29	*Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10-punktowych oznaczeń dotyczący alergii pokarmowych*	*Świadczenie*	*117,87*

1.30	Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20-punktowych oznaczeń dotyczący alergii wziewnych	Świadczenie	198,27
1.31	Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20-punktowych oznaczeń dotyczący alergii pokarmowych	Świadczenie	198,27
1.32	HIV test przesiewowy (przeciwciała przeciwko anty – HIV i antygen p24)	Świadczenie	41,79
2.1	Świadczenia pielęgniarki poz	Stawka kapitacyjna	55,32
2.1a	Świadczenia pielęgniarki poz – certyfikat akredytacji	Stawka kapitacyjna	55,80
2.2	Świadczenie pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	Wizyta	33,68
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	Wizyta	17,01
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 związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Wizyta	17,01
2.5	Świadczenie pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Wizyta	17,01
2.6	Świadczenie pielęgniarki poz w profilaktyce CHUK	Porada	143,90
2.7	Kompleksowa Opieka Pielęgniarska (KOP) - porada pielęgniarki realizowana w miejscu udzielania świadczeń	Porada	61,03
2.8	Kompleksowa Opieka Pielęgniarska (KOP) porada pielęgniarki realizowana w domu świadczeniobiorcy	Porada	124,46
3.1	Świadczenia położnej poz	Stawka kapitacyjna	36,72
3.1a	Świadczenia położnej poz – certyfikat akredytacji	Stawka kapitacyjna	36,96
3.2	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej	Wizyta	40,55
3.3	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej – wada letalna płodu	Wizyta	60,83
3.4	Wizyta patronażowa położnej poz	Wizyta	37,95
3.5	Wizyta patronażowa położnej poz / wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu	Wizyta	51,02
3.6	Wizyta położnej poz w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	Wizyta	19,62
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	Wizyta	17,01
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 jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Wizyta	17,01
3.9	Świadczenie położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Wizyta	17,01
3.10	Świadczenie położnej poz – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	Wizyta	43,92
3.11	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży	Wizyta	281,25
3.12	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży	Wizyta	183,14
3.13	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15. do 20. tyg. ciąży	Wizyta	183,14
3.14	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. do 26. tyg. ciąży	Wizyta	219,78
3.15	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. do 32. tyg. ciąży	Wizyta	183,14
3.16	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży	Wizyta	183,14
3.17	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży	Wizyta	183,14
3.18	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tyg. ciąży	Wizyta	183,14
3.19	Wizyta związana z wykonaniem Holtera RR	Wizyta	158,30
3.20	Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego testu molekularnego HPV HR w triage z cytologią na podłożu płynnym (LBC) w POZ	Wizyta	58,88
4.1	Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej	Stawka kapitacyjna	133,56

4.1a	Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej – certyfikat akredytacji w zakresie POZ	Stawka kapitacyjna	134,88
4.2	Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej	Stawka kapitacyjna	8,52
5.1	Świadczenia transportu sanitarnego w POZ – przewozy realizowane w ramach gotowości	Stawka kapitacyjna	9,36
5.2	Świadczenie transportu sanitarnego "dalekiego" w POZ – przewóz na odległość (tam i z powrotem) 121 - 400 km	Ryczałt za przewóz	376,87
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	1,52
6.1	koordynacja opieki - zadania koordynatora	stawka kapitacyjna	7,92
7	Budżet powierzony opieki koordynowanej**		
7.1	BNP (NT-pro-BNP)	Świadczenie	112,07
7.2	albuminuria (stężenie albumin w moczu)	Świadczenie	9,48
7.3	UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)	Świadczenie	37,42
7.4	antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)	Świadczenie	48,88
7.5	antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)	Świadczenie	81,76
7.6	antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie).	Świadczenie	42,76
7.7	EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)	Świadczenie	199,70
7.8	Holter EKG 24 godz. (24 godzinna rejestracja EKG)	Świadczenie	165,52
7.9	Holter EKG 48 godz. (48 godzinna rejestracja EKG)	Świadczenie	185,75
7.10	Holter EKG 72 godz. (72-godzinna rejestracja EKG)	Świadczenie	216,93
7.11	Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)	Świadczenie	165,52
7.12	USG Doppler tętnic szyjnych	Świadczenie	128,32
7.13	USG Doppler żył kończyn dolnych	Świadczenie	193,23
7.14	USG Doppler tętnic kończyn dolnych	Świadczenie	193,23
7.15	ECHO serca przezklatkowe	Świadczenie	194,93
7.16	spirometria	Świadczenie	67,92
7.17	spirometria z próbą rozkurczową	Świadczenie	120,20
7.18	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur (u dorosłych)	Świadczenie	481,67
7.19	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana (u dorosłych) co najmniej 3 procedury	Świadczenie	967,04
7.20	konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz poz - lekarz specjalista)	konsultacja	98,61
7.21	konsultacja z lekarzem specjalistą (pacjent - lekarz specjalista)	konsultacja	159,78
7.22	porada edukacyjna	Porada	55,57
7.23	konsultacja dietetyczna	konsultacja	66,79
7.24	porada kompleksowa	Porada	227,48
8	Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej		
8.1	Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 20-59	Świadczenie	341,25
8.2	Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 60 plus	Świadczenie	366,45
8.3	Porada edukacyjna -Bilans zdrowia	Porada	55,57
8.4	Mocz badanie ogólne- Bilans zdrowia	Świadczenie	16,54
8.5	ASPAT -Bilans zdrowia	Świadczenie	12,60
8.6	ALAT - Bilans zdrowia	Świadczenie	12,60
8.7	GGTP - Bilans zdrowia	Świadczenie	13,65
8.8	PSA - Bilans zdrowia	Świadczenie	33,60
8.9	Przeciwciała anty – HCV - Bilans zdrowia	Świadczenie	46,20
8.10	Lipoproteina a- Bilans zdrowia	Świadczenie	56,70
8.11	Test na krew utajoną w kale metodą immunochemiczną (FIT -OC) - Bilans zdrowia	Świadczenie	60,90

*Świadczenia o których mowa w załączniku nr 1 Część IVa rozporządzenia MZ- świadczenia realizowane w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego
** Świadczenia, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ
*** Szczepienie wykonane szczepionką finansowaną na podstawie Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2025 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych, dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. Urz. MZ. poz.30)

]

<Załącznik do zarządzenia nr .....

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia.....2026 r.

Wartości stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów

L.p.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość jednostki rozliczeniowej w zł
1.1	Świadczenia lekarza poz	Stawka kapitacyjna	226,08
1.1a	Świadczenia lekarza poz – w przypadku posiadania certyfikatu akredytacyjnego	Stawka kapitacyjna	228,36
1.2	Świadczenie lekarza poz w profilaktyce CHUK	Porada	143,90
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	98,12
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 ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	98,12
1.5	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	98,12
1.6	Świadczenie lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu "dalekiego" w POZ	Porada	26,17
1.7	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem karty DiLO	Porada	65,40
1.8	Świadczenie lekarza poz związane z zapewnieniem dostępności do świadczeń na terenach o małej gęstości zaludnienia	Ryczałt miesięczny	6540,80
1.9	Świadczenie lekarza poz związane ze zgłaszalnością pacjentek zakwalifikowanych do realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy	Ryczałt miesięczny	354,75
1.10	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem zaświadczenia osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji	Porada	98,12
1.11	Pierwszorazowe świadczenie lekarza poz związane z oceną stanu zaszczepienia oraz stanu zdrowia wraz ze szczepieniem dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy	Porada	135,20
1.12	Świadczenie lekarza poz związane z realizacją indywidualnego kalendarza szczepień (IKSz) dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy	Porada	60,08
1.13	test antygenowy w kierunku: SARS-CoV-2/grypy A+B/RSV	Świadczenie	40,04
1.14	Wykonanie zalecanego szczepienia przeciwko Ludzkiemu Wirusowi Brodawczaka (HPV)***	Świadczenie	35,04
1.15	Wykonanie zalecanego szczepienia przeciwko COVID - 19***	Świadczenie	35,04
1.16	Wykonanie zalecanego szczepienia przeciwko Ludzkiemu Wirusowi Brodawczaka (HPV) w placówce szkolnej***	Świadczenie	87,07
1.17	Lipidogram – badanie przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej zrealizowane w ramach bilansu 6-latka.	Świadczenie	24,90
1.18	Dodatek motywacyjny za poziom objęcia populacji świadczeniami w budżecie powierzonym opieki koordynowanej na poziomie od 5% do 10%	Ryczałt miesięczny	3 000
1.19	Dodatek motywacyjny za poziom objęcia populacji świadczeniami w budżecie powierzonym opieki koordynowanej powyżej 10% do poniżej 20%	Ryczałt miesięczny	5 000
1.20	Dodatek motywacyjny za poziom objęcia populacji świadczeniami w budżecie powierzonym opieki koordynowanej na poziomie od 20 % i więcej	Ryczałt miesięczny	9 000
	Budżet powierzony diagnostyczny*		
1.21	Ferrytyna	Świadczenie	24,15
1.22	Witamina B12	Świadczenie	25,36
1.23	Kwas foliowy	Świadczenie	19,32

1.24	**Anty–CCP**	**Świadczenie**	**68,84**
1.25	**CRP - szybki test ilościowy (populacja do ukończenia 6 r.ż.)**	**Świadczenie**	**16,91**
1.26	**Przeciwciała anty-HCV**	**Świadczenie**	**46,20**
1.27	**Antygen H. pylori w kale – test kasetkowy**	**Świadczenie**	**27,77**
1.28	**Antygen H. pylori w kale – test laboratoryjny**	**Świadczenie**	**73,67**
1.29	**Strep-test**	**Świadczenie**	**14,49**
1.30	**Immunoglobuliny E całkowite (IgE)**	**Świadczenie**	**28,35**
1.31	**Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10-punktowych oznaczeń dotyczący alergii wziewnych**	**Świadczenie**	**117,87**
1.32	**Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10-punktowych oznaczeń dotyczący alergii pokarmowych**	**Świadczenie**	**117,87**
1.33	**Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20-punktowych oznaczeń dotyczący alergii wziewnych**	**Świadczenie**	**198,27**
1.34	**Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20-punktowych oznaczeń dotyczący alergii pokarmowych**	**Świadczenie**	**198,27**
1.35	**HIV test przesiewowy (przeciwciała przeciwko anty – HIV i antygen p24)**	**Świadczenie**	**41,79**
2.1	**Świadczenia pielęgniarki poz**	**Stawka kapitacyjna**	**55,32**
2.1a	**Świadczenia pielęgniarki poz – certyfikat akredytacji**	**Stawka kapitacyjna**	**55,80**
2.2	**Świadczenie pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy**	**Wizyta**	**33,68**
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**	**Wizyta**	**17,01**
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 związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP**	**Wizyta**	**17,01**
2.5	**Świadczenie pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)**	**Wizyta**	**17,01**
2.6	**Świadczenie pielęgniarki poz w profilaktyce CHUK**	**Porada**	**143,90**
2.7	**Kompleksowa Opieka Pielęgniarska (KOP) - porada pielęgniarki realizowana w miejscu udzielania świadczeń**	**Porada**	**61,03**
2.8	**Kompleksowa Opieka Pielęgniarska (KOP) porada pielęgniarki realizowana w domu świadczeniobiorcy**	**Porada**	**124,46**
3.1	**Świadczenia położnej poz**	**Stawka kapitacyjna**	**36,72**
3.1a	**Świadczenia położnej poz – certyfikat akredytacji**	**Stawka kapitacyjna**	**36,96**
3.2	**Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej**	**Wizyta**	**40,55**
3.3	**Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej – wada letalna płodu**	**Wizyta**	**60,83**
3.4	**Wizyta patronażowa położnej poz**	**Wizyta**	**37,95**
3.5	**Wizyta patronażowa położnej poz / wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu**	**Wizyta**	**51,02**
3.6	**Wizyta położnej poz w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych**	**Wizyta**	**19,62**
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**	**Wizyta**	**17,01**
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 jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP**	**Wizyta**	**17,01**
3.9	**Świadczenie położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)**	**Wizyta**	**17,01**
3.10	**Świadczenie położnej poz – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego**	**Wizyta**	**43,92**
3.11	**Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży**	**Wizyta**	**281,25**
3.12	**Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży**	**Wizyta**	**183,14**
3.13	**Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15.**	**Wizyta**	**183,14**

	do 20. tyg. ciąży		
3.14	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. do 26. tyg. ciąży	Wizyta	219,78
3.15	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. do 32. tyg. ciąży	Wizyta	183,14
3.16	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży	Wizyta	183,14
3.17	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży	Wizyta	183,14
3.18	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tyg. ciąży	Wizyta	183,14
3.19	Wizyta związana z wykonaniem Holtera RR	Wizyta	158,30
3.20	Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego testu molekularnego HPV HR w triage z cytologią na podłożu płynnym (LBC) w POZ	Wizyta	58,88
4.1	Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej	Stawka kapitacyjna	133,56
4.1a	Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej – certyfikat akredytacji w zakresie POZ	Stawka kapitacyjna	134,88
4.2	Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej	Stawka kapitacyjna	8,52
5.1	Świadczenia transportu sanitarnego w POZ – przewozy realizowane w ramach gotowości	Stawka kapitacyjna	9,36
5.2	Świadczenie transportu sanitarnego "dalekiego" w POZ – przewóz na odległość (tam i z powrotem) 121 - 400 km	Ryczałt za przewóz	376,87
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	1,52
6.1	koordynacja opieki - zadania koordynatora	stawka kapitacyjna	7,92
7	Budżet powierzony opieki koordynowanej**		
7.1	BNP (NT-pro-BNP)	Świadczenie	112,07
7.2	albuminuria (stężenie albumin w moczu)	Świadczenie	9,48
7.3	UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)	Świadczenie	37,42
7.4	antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)	Świadczenie	48,88
7.5	antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)	Świadczenie	81,76
7.6	antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie)	Świadczenie	42,76
7.7	EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)	Świadczenie	199,70
7.8	Holter EKG 24 godz. (24 godzinna rejestracja EKG)	Świadczenie	165,52
7.9	Holter EKG 48 godz. (48 godzinna rejestracja EKG)	Świadczenie	185,75
7.10	Holter EKG 72 godz. (72-godzinna rejestracja EKG)	Świadczenie	216,93
7.11	Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)	Świadczenie	165,52
7.12	USG Doppler tętnic szyjnych	Świadczenie	128,32
7.13	USG Doppler żył kończyn dolnych	Świadczenie	193,23
7.14	USG Doppler tętnic kończyn dolnych	Świadczenie	193,23
7.15	ECHO serca przezklatkowe	Świadczenie	194,93
7.16	spirometria	Świadczenie	67,92
7.17	spirometria z próbą rozkurczową	Świadczenie	120,20
7.18	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur (u dorosłych)	Świadczenie	481,67
7.19	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana (u dorosłych) co najmniej 3 procedury	Świadczenie	967,04
7.20	konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz poz - lekarz specjalista)	konsultacja	98,61
7.21	konsultacja z lekarzem specjalistą (pacjent - lekarz specjalista)	konsultacja	159,78
7.22	porada edukacyjna	Porada	55,57
7.23	konsultacja dietetyczna	konsultacja	66,79
7.24	porada kompleksowa	Porada	227,48
8	Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej		
8.1	Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 20-59	Świadczenie	341,25
8.2	Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 60 plus	Świadczenie	366,45
8.3	Porada edukacyjna -Bilans zdrowia	Porada	55,57
8.4	Mocz badanie ogólne- Bilans zdrowia	Świadczenie	16,54
8.5	ASPAT -Bilans zdrowia	Świadczenie	12,60
8.6	ALAT - Bilans zdrowia	Świadczenie	12,60
8.7	GGTP - Bilans zdrowia	Świadczenie	13,65
8.8	PSA - Bilans zdrowia	Świadczenie	33,60
8.9	Przeciwciała anty – HCV - Bilans zdrowia	Świadczenie	46,20
8.10	Lipoproteina a- Bilans zdrowia	Świadczenie	56,70
8.11	Test na krew utajoną w kale metodą immunochemiczną (FIT -OC) - Bilans zdrowia	Świadczenie	60,90

*** Świadczenia o których mowa w załączniku nr 1 Część IVa rozporządzenia MZ- świadczenia realizowane w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego**
**** Świadczenia, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ**
***** Szczepienie wykonane szczepionką finansowaną na podstawie Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2025 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych, dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. Urz. MZ. poz.30)**

>

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

UMOWA Nr ...../.....O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

PRZEDMIOT I OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

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/pełnomocnictw 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 2024 r. poz. 146, z późn. zm.),

zwanym dalej "**Świadczeniodawcą"**, reprezentowanym przez

.....
.....

PRZEDMIOT I OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zwanych dalej "świadczeniami", w zakresach określonych w Planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

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

3. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonych w aktualnych przepisach prawnych a w szczególności:

a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach",

b) ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz.2527, z późn. zm.)

c) ustawie z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz.1078);

d) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej "Ogólnymi warunkami umów",
- w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej;

2) ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "Funduszem", na podstawie 159 ust 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej "zarządzeniem".

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia udzielane są przy wykorzystaniu zasobów i zgodnie z "Harmonogramem-zasoby" stanowiącym załącznik nr 2 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 3 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 Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 3 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 o świadczeniach.

§ 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 w zarządzeniu. Złożone uprzednio deklaracje zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, lub wyboru nowego Świadczeniodawcy.

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. Fundusz jest uprawniony do sprawdzenia danych zawartych w złożonych deklaracjach.

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 2024 r. poz. 799, 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, zastosowanie mają w szczególności przepisy art. 61d oraz 61g ust. 1 ustawy o świadczeniach.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

§ 5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia i przekazywania danych celem rozliczenia realizacji umowy zgodnie z zarządzeniem.

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 6. 1. Dla finansowania świadczeń lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki lub higienistki szkolnej, transportu sanitarnego w poz, koordynacji opieki – zadań koordynatora, ustala się sposób finansowania zgodny z załącznikiem nr 1 do umowy, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. Dla świadczeń finansowanych stawką kapitacyjną stosuje się współczynniki korygujące dla grup świadczeniobiorców, o których mowa w zarządzeniu.

3. Dla świadczeń, o których mowa w § 16 ust. 4d Ogólnych warunków umów, ustala się współczynnik korygujący, wyrażony kwotowo zgodny z załącznikiem nr 1 do umowy.

§ 7. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 lub ust. 4a Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4b i 4c Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

§ 8. 1. Kwotę zobowiązania, o której mowa w art. 159 ust. 2c ustawy o świadczeniach, oraz okres rozliczeniowy na który została ustalona, określa plan rzeczowo-finansowy stanowiący załącznik nr 1 do umowy.

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

nr rachunku:.....……

którego posiadaczem jest ……

3. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 2, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia albo w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy.

KARY UMOWNE

§ 9. 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 na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją, osobom nieuprawnionym lub przez osobę niebędącą osobą uprawnioną lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, 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 2024 r. poz. 930, 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. W przypadku nieprzeznaczenia przez świadczeniodawcę środków, o których mowa w § 7 Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 10. 1. Umowę zawarto na okres: od ……..…… do ……..……..……

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia, z zastrzeżeniem § 42 ust. 5 Ogólnych warunków umów.

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

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

§ 11. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz przepisy rozporządzeń, o których mowa w § 1 ust. 3.

§ 12. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

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

Wykaz załączników do umowy

Załącznik nr 1 – Plan rzeczowo-finansowy

Załącznik nr 2 – Harmonogram - zasoby

Załącznik nr 3 – Wykaz podwykonawców

Załącznik nr 4 - Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego.

Podpisy stron

.....	.....
.....	.....
Fundusz	***Świadczeniodawca***

Załącznik Nr 1 do Umowy

Plan rzeczowo - finansowy

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 1 do umowy **rodzaj świadczeń: Podstawowa Opieka Zdrowotna wersja ……**	**Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:……..** **OW NFZ**
Nr identyfikacyjny 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	Kod miejsca udzielania świadczeń	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	Kod miejsca udzielania świadczeń	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	
Kod miejsca		Nazwa miejsca			
Adres miejsca				TERYT	
			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

Fundusz***

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

rodzaj świadczeń: Podstawowa opieka zdrowotna

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu	

I. Miejsce udzielania świadczeń

Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)	Adres miejsca (d)	VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)	Profil IX-X cz.KR*(g)	Status **

II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń

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

III. Personel

Id osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)	St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status **

IV. 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 **

V. Pojazdy***

Id pojazdu (a)	Nazwa pojazdu (b)	Nr rejestracyjny (c)	Rok produkcji (d)	Dostępny od (e)	Dostępny do (f)	Status**

Fundusz****

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 2024 r. poz. 799, z późn.zm.)

** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

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

**** 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

rodzaj świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna

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

Fundusz* 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*

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

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

Dane składającego oświadczenie

.....

.....

.....

Oznaczenie świadczeniodawcy

Numer umowy z NFZ

Niniejszym oświadczam, że wskazuję do realizacji świadczeń transportu sanitarnego w poz

od …… do 31 grudnia ……..... r./na czas nieoznaczony[3)],

(miesiąc rok)

dla populacji pacjentów zadeklarowanych w zakresie lekarza poz do mojej placówki przez przyjmującego niniejsze oświadczenie.

....
miejscowość, data *oznaczenie Świadczeniodawcy*

Dane przyjmującego oświadczenie

.....

.....

.....

Oznaczenie świadczeniodawcy

Niniejszym, potwierdzam gotowość do realizacji świadczeń transportu sanitarnego w poz, na rzecz zadeklarowanych pacjentów w zakresie lekarza poz u składającego niniejsze oświadczenie, na okres nie krótszy niż określony powyżej.

....
miejscowość, data *oznaczenie Świadczeniodawcy*

[3)]) 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.

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

Karta badania profilaktycznego
w programie profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK)*

Uwaga!

Podanie danych jest warunkiem koniecznym do uzyskania świadczenia w ramach programu ChUK. Odmowa jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia świadczenia.

Nazwisko: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Imię I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

PESEL I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

tel. kont. I_I_I_I_I_I_I_I_I adres e-mail ……..

Miejscowość I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Kod I_I_I-I_I_I_I

Ulica I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Nr lokalu I_I_I_I Nr mieszk. I_I_I_I

Zawód wykonywany / Zajęcie: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Wykształcenie: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Data pierwszej wizyty**: I_I_I_I_I-I_I_I-I_I_I

Data drugiej wizyty**: I_I_I_I_I-I_I_I-I_I_I

Wywiad rodzinny w kierunku wczesnego występowania choroby sercowo-naczyniowej:

1. **Czy u ojca wystąpił** zawał serca i/lub udar mózgu **poniżej 55 r.ż.**?

1) Tak I_I,

2) Nie I_I,

2. **Czy u matki wystąpił** zawał serca i/lub udar mózgu **poniżej 65 r.ż.**?

1) Tak I_I,

2) Nie I_I,

3. Czy pali Pan/Pani papierosy?

1) Tak: od I_I_I lat, I_I_I papierosów dziennie

2) Nie, ale paliłem/am w przeszłości,

rzuciłem/am I_I_I lat temu, paliłem/am I_I_I papierosów dziennie

3) Nie, ale jestem biernym palaczem

4) Nie, nigdy nie paliłem/am

4. Przez ile minut tygodniowo uprawia Pan/i aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy, w tym aktywność komunikacyjna oraz wykonywana w pracy, w domu)

1) Umiarkowaną, tj. prowadzącą do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego bicia serca (np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę lub bardzo szybki marsz)

☐ nie uprawiam	☐ 1-2 razy w tygodniu	☐ 3-4 razy w tygodniu	☐ częściej niż 4 razy w tygodniu	Łączny czas tygodniowo	_____ min

2) Intensywną, tj. wywołującą bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca (np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem).

☐ nie uprawiam	☐ 1-2 razy w tygodniu	☐ 3-4 razy w tygodniu	☐ częściej niż 4 razy w tygodniu	Łączny czas tygodniowo	_____ min

Wyniki badania fizykalnego:

Obwód talii I_I_I_I_I_ I cm

Masa ciała: I_I_I_I , I_I_ I kg

Wzrost: I_I_I_I cm

BMI: I_I_I, I_I

Pomiary ciśnienia tętniczego:

Należy przeprowadzić 3 pomiary w odstępie 1-2 minut oraz dodatkowy pomiar, jeżeli pierwsze dwa pomiary różniły się o >10 mmHg. Ostateczny pomiar stanowi średnią dwóch ostatnich pomiarów.

1. skurczowe: a) I_I_I_I, b) I_I_I_I, c) I_I_I_I średnia (b+c) /2 I_I_I_I
2. rozkurczowe: a) I_I_I_I, b) I_I_I_I, c) I_I_I_I średnia (b+c) /2 I_I_I_I

Tętno: a) I_I_I_I, b) I_I_I_I, c) I_I_I_I średnia (b+c) /2 I_I_I_I

Wyniki badań biochemicznych:

1. cholesterol całkowity I_I_I_I mg/dl,
2. cholesterol LDL I_I_I_I mg/dl,
3. cholesterol HDL I_I_I_I mg/dl,
4. cholesterol nie-HDL I_I_I_I mg/dl,
5. trójglicerydy I_I_I_I mg/dl,
6. glukoza na czczo I_I_I_I mg/dl

<u>Ocena ryzyka chorób układu krążenia:</u>

1. 10-letnie ryzyko (zakończonych i niezakończonych zgonem) epizodów chorób układu sercowo-naczyniowego wg algorytmu **SCORE 2**: I_I_I

<u>Zalecenia dla pacjenta:</u>

1. Badanie zgodne z zalecanym interwałem - TAK I_I
2. Wskazana edukacja w zakresie:……
3. Pacjenta skierowano na:

- dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej - TAK I_I :

specjalność poradni ……..

- na konsultacje do lekarza POZ – TAK I_I: ***

4. Pacjent pod kontrolą lekarza POZ poza programem - TAK I_I

Uwagi:……

……

* Wzór zakresu danych w dokumentacji medycznej (SIMP)

** Wizyta może być osobista lub w formie teleporady

***Wypełnia pielęgniarka

Informacja o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia

Płeć: płeć męska oraz kobiety po menopauzie

Wiek: mężczyźni > 40 lat, kobiety > 50 lat

Palenie tytoniu: powyżej 1 papierosa dziennie, bierne palenie

Nadciśnienie tętnicze: RR powyżej 140/90 mmHg w dwóch niezależnych pomiarach oraz pacjenci leczeni z powodu nadciśnienia tętniczego

Zaburzenia lipidowe: stężenie cholesterolu całkowitego TC > 190 mg/dl, LDL-C > 115 mg/dl (wartości docelowe LDL-C zależą od oceny ryzyka sercowo-naczyniowego), HDL <40 mg/dl dla mężczyzn, HDL <46 mg/dl dla kobiet, triglicerydów TG > 150 mg/dl, nie-HDL-C > 130 mg/dl (wartości docelowe zależą od oceny ryzyka sercowo-naczyniowego)

Choroby współistniejące: Rodzinna hipercholesterolemia, przewlekła choroba nerek

Glikemia: nieprawidłowa glikemia na czczo (wartości 100 - 125 mg/dl)

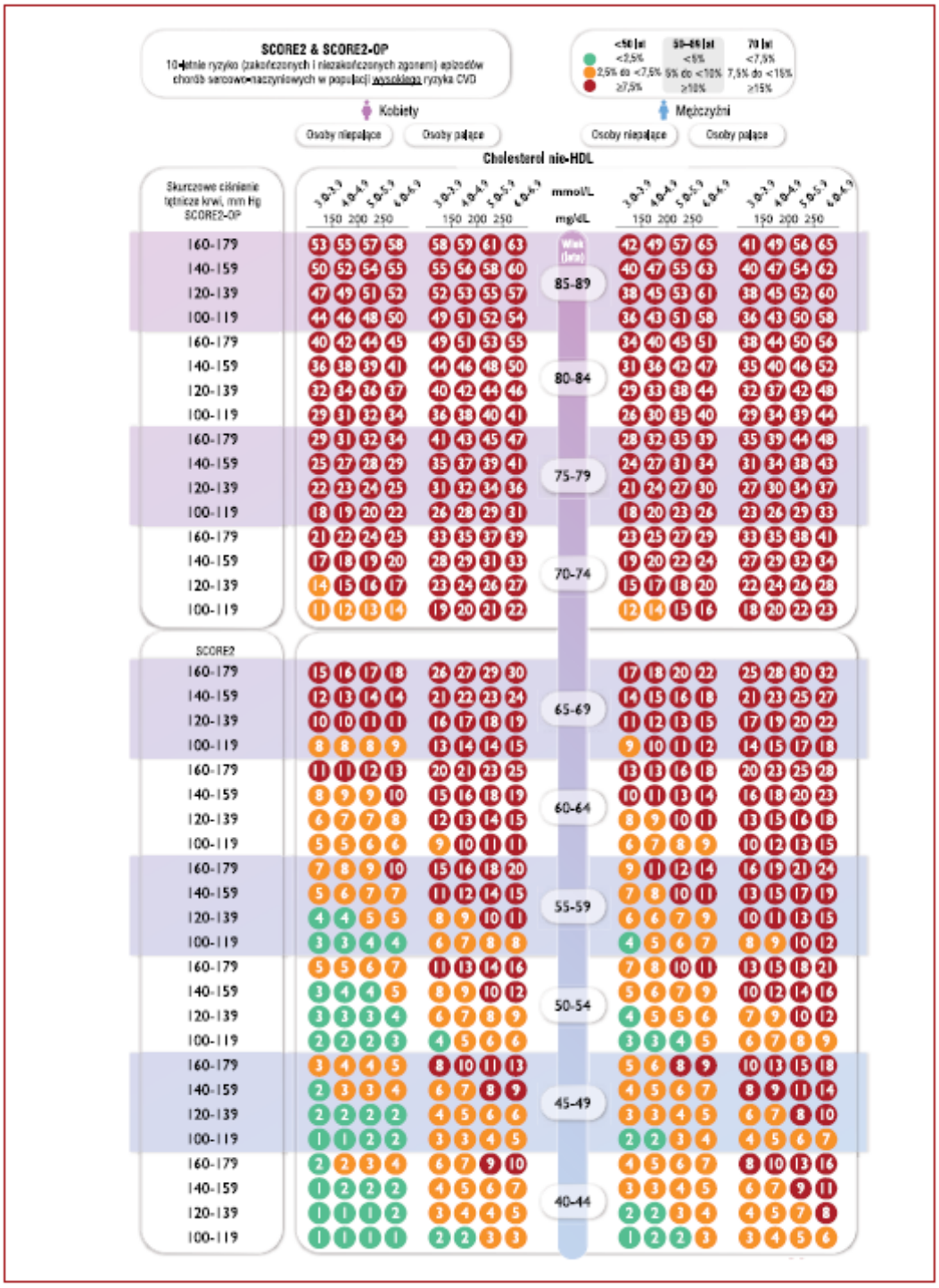
Cukrzyca: glikemia na czczo: powyżej 125 mg/dl (w dwóch pomiarach w różne dni) lub w przygodnym pomiarze: 200 mg/dl i powyżej

Nadwaga i Otyłość: wg wskaźnika masy ciała BMI (kg/m^2): 25 - 29.99 nadwaga, powyżej 30 – otyłość; obwód talii: ≥ 94 cm u mężczyzn oraz ≥ 80 cm u kobiet

Niska aktywność fizyczna: aktywność ruchowa (np. spacery, marsze, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, aerobik) mniej niż 150 minut tygodniowo aktywności umiarkowanej lub 75 minut aktywności intensywnej, lub równoważnej kombinacji obu

Inne: wzrost stężenia fibrynogenu, wzrost stężenia kwasu moczowego, nadmierny stres, nieracjonalne odżywianie, obciążenia genetyczne

Karta 10-letniego ryzyka (zakończonych i niezakończonych zgonem) epizodów chorób układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, udar mózgu), dla populacji wysokiego ryzyka (w tym Polska) – ang. _Systematic Coronary Risk Estimation 2.



Źródło: Wytyczne ESC 2021 dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej

Uwaga!

Karty SCORE2 nie powinny być stosowane u osób z udokumentowaną chorobą układu krążenia lub innymi stanami związanymi z wysokim ryzykiem, takimi jak cukrzyca, rodzinna hipercholesterolemia, czy inne genetyczne lub rzadkie zaburzenia lipidowe bądź związane z ciśnieniem tętniczym, jak również przewlekłą chorobą nerek oraz u kobiet ciężarnych.

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ ZLECEŃ POZOSTAJĄCYCH W ZAKRESIE ZADAŃ PIELĘGNIARKI POZ; POŁOŻNEJ POZ; PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko

……..……..……...……

Numer PESEL I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Adres zamieszkania:

……..…….……..…..

....……...

Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim):

……...…….…….……

.....

(do wypełnienia, jeśli jest wymagane zasadami sprawozdawczości z realizacji świadczeń na podstawie odrębnych przepisów)

Zlecenie lekarskie *(nazwa zlecanego leku, dawkowanie i drogę podawania lub opis zlecanego zabiegu oraz czasookres i częstotliwość wykonywania i warunki (miejsce realizacji, inne):*

.....
.....

.....

.....

.....

……..…
……..……
…….....

Uwagi:.....
.....

....

Miejscowość, data

Oznaczenie lekarza poz
lub lekarza ubezpieczenia
zdrowotnego

Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

ANKIETA ŚWIADCZENIOBIORCY W PROFILAKTYCE GRUŹLICY
(wypełnia pielęgniarka POZ)

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

Uwaga! Niniejsza ankieta jest poufna i służy do wstępnej oceny stanu zagrożenia gruźlicą płuc oraz skierowania do dalszej diagnostyki i leczenia w poradni specjalistycznej.

Proszę odpowiedzieć na każde pytanie. Właściwe odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie należy zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem „X".

Dane świadczeniobiorcy:

Nazwisko I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Imię I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Płeć (K- kobieta, M - mężczyzna) I_I, Wiek I_I_I

PESEL I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I tel. kontaktowy I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Miejscowość I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Kod I_I_I-I_I_I_I Poczta I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Ulica I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Nr lokalu I_I_I_I Nr mieszk. I_I_I_I

Wykonywany zawód: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

I. KRYTERIA WYKLUCZAJĄCE Z REALIZACJI ŚWIADCZENIA

(odpowiedź TAK nie pozwala na wykonanie badania ankietowego)

1. Czy miał/a Pan/Pani w przeszłości rozpoznaną gruźlicę? TAK I_I, NIE I_I

2. Czy w okresie ostatnich 24 miesięcy pielęgniarka poz wykonywała u Pana/Pani badanie ankietowe świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy? TAK I_I, NIE I_I

II. CZĘŚĆ WŁAŚCIWA ANKIETY

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

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

2. Jakie są Pana/Pani warunki mieszkaniowe?

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

b) jestem osobą bezdomną TAKI_I, NIE I_I

c) jestem pensjonariuszem Domu Opieki Społecznej TAKI_I, NIE I_I

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

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

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

6. Czy jest Pan/Pani osobą leczącą się z powodu przewlekłej niewydolności nerek? TAKI_I, NIE I_I

7. Czy określiłby Pan/Pani swój stan odżywienia jako niedożywienie? TAKI_I, NIE I_I

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

9. Czy pali Pan/Pani papierosy? TAKI_I, NIE I_I

10. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu? TAKI_I, NIE I_I

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

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

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

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

c) nawracające zakażenia układu oddechowego TAKI_I, NIE I_I

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

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

.....……..…….

data i podpis świadczeniobiorcy

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.

LICZBA PUNKTÓW UZYSKANYCH PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCĘ

Poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę w skali punktowej:

24 -10 podwyższone

9 - 1 umiarkowane

<u>Wynik oceny na podstawie ankiety</u>

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) ……..……...

TAKI_I, **NIE I_I**

.....……..…….

Data, oznaczenie pielęgniarki poz

Załącznik Nr 7 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

INFORMACJA O SZKOŁACH, Z KTÓRYMI ŚWIADCZENIODAWCA NAWIĄZAŁ WSPÓŁPRACĘ I CHARAKTERYSTYCE POPULACJI UCZNIÓW OBJĘTYCH W TYCH SZKOŁACH ŚWIADCZENIAMI PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Oznaczenie świadczeniodawcy

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 pielęgniarki szkolnej**	**Typ i rodzaj szkoły** [1]	**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 klasach sportowych	liczba uczniów z niepełnosprawnością typu A[2]	liczba uczniów z niepełnosprawnością typu B[2]	liczba uczniów z niepełnosprawnością typu C[2]	
1									
2									
3									
4									
5									

.....

Oznaczenie świadczeniodawcy lub osoby reprezentującej świadczeniodawcę

Objaśnienia:

[1] **Typy i rodzaje szkół:**

Typ I – szkoła podstawowa, liceum, liceum profilowane - bez nauki w warsztatach w szkole, szkoła artystyczna, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku;

Typ II – szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole albo szkoła sportowa

Typ III – szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży

[2] **Typy niepełnosprawności uczniów:**

A – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, sprawni ruchowo; słabowidzący i niedowidzący; słabosłyszący i niesłyszący; przewlekle chorzy (wymagających dodatkowych świadczeń zdrowotnych w czasie nauki w szkole) (w tym osoby w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie)

B – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i niepełnosprawni ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i sprawni ruchowo

C – uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu znacznym i niepełnosprawni ruchowo

Uwaga! W przypadku Zespołu Szkół informację należy przekazać odrębnie dla każdej ze szkół wchodzących w skład Zespołu.

Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

WNIOSEK O AKCEPTACJĘ REALIZACJI TRANSPORTU SANITARNEGO W POZ
(na odległość tam i z powrotem, powyżej 120 km)

.....

.....

Dane osoby wnioskującej

(imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

.....

.....

(Oznaczenie świadczeniodawcy z nr umowy z NFZ)

Zwracam się o akceptację realizacji przewozu w ramach transportu sanitarnego w POZ dla ……..……., numer PESEL I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I, zamieszkałego w: ……

znajdującego się na liście świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz:

…….....

(imię i nazwisko lekarza)

celem przewiezienia do

..……

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

Uzasadnienie wniosku

……

……

....

Miejscowość, 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 Oznaczenie lekarza POZ

Data akceptacji wniosku w OW NFZ

....

Oznaczenie przyjmującego
wniosek w OW NFZ

*****_niepotrzebne skreślić_

Załącznik Nr 9 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

Wzór

Indywidualny Kalendarz Szczepień (IKSz)

nadruk lub pieczątka zawierające co najmniej
nazwę (firmę), adres, numer telefonu i numer REGON
podmiotu wraz z nr kontraktu

Nazwisko i imię, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości - w przypadku osób nie posiadających nr PESEL	*nazwisko* *imię* .... *PESEL*	Data urodzenia dzień miesiąc rok …….-…….-……

Zalecone szczepienia ochronne

(należy wypełnić obligatoryjnie, w oparciu o wymagania określone dla realizacji PSO w Polsce oraz ChPL szczepionek)

Typ szczepienia/ szczepienie przeciw	Kolejność dawkowania w przyjętym schemacie	Nazwa szczepionki	Planowana data szczepienia/miesiąc/rok szczepienia dziecka	Uwagi/Rekomendowana nazwa szczepionki lub jej rodzaj

Przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepień ochronnych (po ocenie stanu zdrowia pacjenta, zapoznaniu się z dostępną dokumentacją medyczną)

Szczepienie przeciw	Data stwierdzenia	Data ustania	Rodzaj przeciwwskazania	Podpis lekarza kwalifikującego

Niepożądane odczyny poszczepienne (jeśli wystąpiły/można ustalić)

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce		Rodzaj odczynu	Data wystąpienia	Po jakiej szczepionce	
		Nazwa	Data szczepienia			Nazwa	Data szczepienia

Uwagi lub zalecenia lekarza

…….dnia ..... (miejscowość) ..... (pieczęć i podpis lekarza)

Załącznik Nr 10 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

Świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy

Program profilaktyki raka szyjki macicy może być realizowany w dwóch schematach:

·cytologia klasyczna w interwale 3-letnim albo

·HPV HR w triage[5)] z LBC[6)] w interwale 5-letnim

Świadczenie położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy – polega na pobraniu materiału z szyjki macicy do badania przesiewowego i jego utrwaleniu w zależności od wybranego schematu badania.

Decyzję o wyborze schematu badań w programie podejmuje kobieta w porozumieniu z położną, w oparciu o obowiązujące kryteria kwalifikacji do Programu.

Informacje ogólne:

1. Materiał do badania w ramach skryningu może pobierać położna poz posiadająca kwalifikacje określone w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

2. Świadczenie wykonywane jest u zgłaszających się do badania w Programie kobiet w wieku określonym w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy. Świadczenie, może być wykonane przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę na realizację świadczeń położnej poz, niezależnie od złożonej przez świadczeniobiorcę deklaracji wyboru, o której mowa § 2 ust. 1 pkt 7 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie dotyczącym położnej poz.

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.

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 1%. 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. Utrwalenie pobranego materiału, w zależności od wybranego schematu badania:

·Cytologia klasyczna - rozprowadzenie pobranego materiału na całej powierzchni szkiełka podstawowego i jego utrwalenie (cytofix lub alkohol 96%);

[5)] Triage: pobranie materiału z szyjki macicy w celu wykonania przesiewowego testu molekularnego HPV HR oraz badania cytologii płynnej (LBC) w przypadku dodatniego wyniku testu HPV HR.

LBC: ang. Liquid Based Cytology - cytologia na podłożu płynnym

[6)] HPV HR: Test HPV HR z genotypowaniem to badanie molekularne, które ma na celu wykrycie obecności DNA lub RNA wysokoonkogennych typów wirusów brodawczaka ludzkiego w wymazie pobranym z szyjki macicy

·Test HPV HR w triage z LBC – umieszczenie główki szczoteczki w pojemniku z podłożem lub rozprowadzenie materiału w podłożu płynnym (w zależności od stosowanego systemu) zwalidowanym zarówno dla badań HPV HR, jak i LBC.

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 materiału 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. Przekazanie wyniku pacjentce i zalecenie dalszego postępowania w zależności od wyniku badania i ustalonego interwału oraz edukacja pacjentki w zakresie prewencji nowotworów szyjki macicy..

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 wykonania diagnostyki pogłębionej (badania kolposkpowe) skierowanie do odpowiedniej placówki realizującej świadczenia zdrowotne w ramach Etapu pogłębionej diagnostyki w Programie.

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

Załącznik Nr 11 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

Warunki realizacji świadczeń położnej poz w opiece nad kobietą w przebiegu prowadzenia ciąży fizjologicznej

Świadczeniami położnej poz w opiece nad kobietą w ciąży fizjologicznej mogą być obejmowane kobiety od momentu rozpoznania ciąży do chwili wystąpienia wskazań medycznych zobowiązujących położną do skierowania ciężarnej pod opiekę lekarską w poradni ginekologiczno-położniczej albo opiekę szpitalną. Po objęciu pacjentki opieką lekarską w poradni ginekologiczno-położniczej albo opieką perinatalną II lub III poziomu referencyjnego, ponowne objęcie pacjentki opieką położnej poz w przebiegu prowadzenia ciąży i rozliczanie świadczeń w tym zakresie, nie jest możliwe.

W celu realizacji świadczeń położnej poz w opiece nad kobietą w ciąży fizjologicznej, zgodnie z zakresem i wymogami wynikającymi z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z dnia (Dz. U. z 2023 r.. poz. 1324) świadczeniodawca zapewnia we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi, lub na podstawie umów podwykonawstwa:

1) wykonywanie u pacjentek objętych opieką, badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, wyszczególnionych w części II załącznika do ww. rozporządzenia, wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
2) wykonywanie badań ultrasonograficznych narządu rodnego, zgodnie z wymogami określonymi dla poradni ginekologiczno-położniczych w przepisach rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP);
3) w czasie 24-26 i 38-39 tygodnia ciąży oraz w przypadku wystąpienia patologii ciąży zapewnienie konsultacji lekarza położnika.
4) w przypadku wystąpienia wskazań medycznych, wykonanie Holtera RR.

Świadczenia udzielane są w odpowiednio wyposażonym gabinecie położnej poz umożliwiającym ich realizację zgodnie z obowiązującymi standardami.

Załącznik Nr 12 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

OŚWIADCZENIE WNIOSKUJĄCEGO O WPISACH DO REJESTRÓW

Dane Wnioskującego:

Nazwa: …….

adres: ……

nr telefonu: ……..

Nr NIP: …….…….....

Nr REGON: …….…….....

1. Oświadczam, że 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 jestem wpisany do*:

□ Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem …….…….. .

□ nie dotyczy

3. Oświadczam, że jestem wpisany do*:

□ Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

□ nie dotyczy

....

Miejscowość, data Wnioskujący***

* *właściwe zaznaczyć*

** *możliwe wyłącznie w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) nie będących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ww. ustawy*

*** *kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty*

Załącznik Nr 13 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

OŚWIADCZENIE WNIOSKUJĄCEGO

Dane Wnioskującego:

Nazwa: ……..

adres: …….

nr telefonu: ……

Oświadczam, że:

1) zapoznałem się z warunkami zawierania umów oraz przyjmuję je do stosowania;
2) zapoznałem się z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określonymi w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
3) posiadam tytuł prawny do korzystania z:
   a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,
   b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
4) 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;
5) 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 3-4;
6) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
7) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
8) dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
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 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

....

Miejscowość, data Wnioskujący*

** kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty*

Załącznik Nr 14 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 31 marca 2025 r.

……

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

SKIEROWANIE DO POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ/PSYCHOLOGA* ZWIĄZANE Z ROZPOZNANIEM U CIĘŻARNEJ WADY ROZWOJOWEJ PŁODU

Dane świadczeniobiorcy (ciężarnej):

Imię i nazwisko

……..…….……...…….....

Numer PESEL: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Adres zamieszkania:

……..……..……..…

…...……..…….……..Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim) z podaniem kodu klasyfikacji ICD 10:

……..…….……..….

……..…….……..….

Zalecenie lekarskie:

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

....
Miejscowość, data *Oznaczenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego*

**Niewłaściwe skreślić*

Załącznik Nr 15 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

OŚWIADCZENIE o aktualizacji potencjału i spełnieniu warunków koniecznych do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

Oświadczam, że dokonałem aktualizacji potencjału w Portalu Świadczeniodawcy oraz, że spełniam warunki konieczne do realizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie*:

1) świadczenia lekarza poz,

2) świadczenia pielęgniarki poz,

3) świadczenia położnej poz, w tym:

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

   b) świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej,

5) świadczenia transportu sanitarnego w poz,

6) koordynacja opieki- zadania koordynatora

7) świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej

   a) grupa dziedzinowa – Diabetologia

   b) grupa dziedzinowa – Kardiologia

   c) grupa dziedzinowa – Endokrynologia

   d) grupa dziedzinowa – Pulmonologia

   e) grupa dziedzinowa - Nefrologia

obowiązujące w okresie rozliczeniowym .....…….

dd-mm-rrrr – dd-mm-rrrr

wynikające z aktualnych przepisów**

....

Miejscowość, data Wnioskujący***

* *niepotrzebne skreślić*

***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 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).*

****kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty*

Załącznik Nr 16 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

WNIOSEK

Dane Wnioskującego

Nazwa: ……..

adres: ……

nr telefonu: ……

Nr NIP: ……..…….

Nr REGON: ……..

Składam wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, na okres ……., w miejscach udzielania świadczeń i zgodnie z zakresami świadczeń w tych miejscach, określonymi w realizowanej aktualnie umowie nr …….. .

I. Oświadczenia:

1. Oświadczam, że 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 jestem wpisany do:

Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem ……..;

nie dotyczy*

3. Oświadczam, że jestem wpisany do:

□Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

□nie dotyczy*

II. Załączane dokumenty[2#)] :

1) skan 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) skan 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 w repozytorium dokumentów na Portalu Świadczeniodawcy/SZOI

a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień dzisiejszy.

Wnioskuję 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 zawierania umów oraz przyjmuję je do stosowania;

2) zapoznałem się z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określonymi w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

3) posiadam tytuł prawny do korzystania z:

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

b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;

4) 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;

5) 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 3-4;

6) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;

7) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;

8) dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;

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 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

....

Miejscowość, data Wnioskujący**

**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 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*

***kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty*

Załącznik Nr 17 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

Kompleksowa Opieka Pielęgniarska (KOP) w ramach opieki przejściowej
Typ porady pielęgniarskiej

Typ porady	Porada pielęgniarska leczenia ran	Porada pielęgniarska stomijna	Porada pielęgniarska urologiczna
Kryteria kwalifikacji	Pacjent z raną przewlekłą po zakończonej hospitalizacji.	Pacjent po zakończonej hospitalizacji w wyniku której wyłoniono stomię	Pacjent wymagający cewnikowania pęcherza moczowego po zakończonej hospitalizacji.
	Włączenie do opieki w okresie maks. do 60 dni po zakończonej hospitalizacji.	Włączenie do opieki maks. do 14 dni od zakończenia hospitalizacji.	Włączenie do opieki maks. do 14 dni od zakończenia hospitalizacji.
Zakres świadczenia	1. Wywiad, badanie fizykalne.	1.Wywiad, badanie fizykalne.	1. Wywiad, badanie fizykalne
	2. Przygotowanie i realizacja planu opieki zawierającego: 1) diagnozę pielęgniarską: a)ocenę kliniczna rany: obecność cech zapalenia, zakażenia rany i tkanek, otaczających ranę, stanu ukrwienia, wysięku, stopnia destrukcji i uszkodzenia tkanek b) ocenę umiejętności samooceny i samopielęgnacji pacjenta, 2) zakres i harmonogram wymaganych interwencji pielęgniarskich: a) edukację pacjenta i jego rodziny w tym w szczególności w zakresie samopielęgnacji rany, -b)dobór opatrunków i częstotliwość ich zmiany, w tym oczyszczenia rany, c) opatrzenie rany, d) wystawianie skierowania na wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych samodzielnie zgodnie z kompetencjami, e) wystawianie zapotrzebowania na niezbędne	2. Przygotowanie i realizacja planu opieki zawierającego: 1) diagnozę pielęgniarską: a) ocenę stomii pod kątem występowania ewentualnych nieprawidłowości b) ocenę umiejętności samooceny i samopielęgnacji pacjenta. 2) zakres i harmonogram wymaganych interwencji pielęgniarskich: a) edukację pacjenta i jego rodziny w tym w szczególności w zakresie samopielęgnacji skóry wokół stomii, b) dobór worków stomijnych, c) kontrolę stanu pacjenta ze stomią (w tym skierowanie na badania diagnostyczne samodzielnie zgodnie z kompetencjami) d) podczas pierwszej porady konieczność wystawienia zapotrzebowania na wyroby medyczne na zlecenie, w sytuacji jeżeli zlecenie nie było wcześniej wystawione przez lekarza lub	2. Przygotowanie i realizacja planu opieki zawierającego: 1) diagnozę pielęgniarską: a) ocenę pod kątem infekcji dróg moczowych, zakażenia układu moczowego b) ocenę umiejętności samooceny i samopielęgnacji pacjenta). 2) zakres i harmonogram wymaganych interwencji pielęgniarskich: a)edukację pacjenta i jego rodziny w tym w szczególności w zakresie pielęgnacji okolic ujścia cewki moczowej, b) wymianę cewnika lub wsparcie przy samo cewnikowaniu, c) kontrolę stanu pacjenta/ układu moczowego (w tym skierowanie na badania diagnostyczne samodzielnie zgodnie z kompetencjami), d) podczas pierwszej porady konieczność wystawienia zapotrzebowania na niezbędne wyroby medyczne, w sytuacji jeżeli zlecenie

	wyroby medyczne/opatrunki zgodnie z kompetencjami, f)monitorowanie procesu gojenia się rany - ocena pomiarów rany i /lub fotodokumentacja.	pielęgniarkę, następnie w razie potrzeby.	nie było wcześniej wystawione przez lekarza lub pielęgniarkę, następnie w razie potrzeby.
	3. Po zakończeniu realizacji świadczenia przekazanie informacji w formie pisemnej do lekarza POZ w celu ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego.	3. Po zakończeniu realizacji świadczenia przekazanie informacji w formie pisemnej do lekarza POZ w celu ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego.	3. Po zakończeniu realizacji świadczenia przekazanie informacji w formie pisemnej do lekarza POZ w celu ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego.
Liczba porad	Świadczenie realizowane w cyklu **do 10 porad.**	Świadczenie realizowane w cyklu **do 10 porad.**	Świadczenie realizowane w cyklu **do 10 porad.**
	Kontynuacja (monitorowanie) w ramach świadczeń finansowanych stawką kapitacyjną.	Kontynuacja(monitorowanie) w ramach świadczeń finansowanych stawką kapitacyjną.	Kontynuacja (monitorowanie) w ramach świadczeń finansowanych stawką kapitacyjną.

Załącznik Nr 18 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 31 marca 2025 r.

.....
Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego
Oznaczenie Świadczeniodawcy
(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie rachunku bankowego:

Wnoszę o wpisanie nr rachunku bankowego do przyszłej umowy:

w rodzaju …….…….....

w zakresie …….....

…….....

zawartej na okres …….....

Nr rachunku bankowego ……...…….…….....

Dane posiadacza rachunku bankowego…….....

.....
Wnioskodawca *

** kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty*

Załącznik Nr 19 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

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 § 29 ust. 4 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 węchomózgowia (zespół arinencephalii)
Q04.2	Przodomózgowie 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, małoocze i wielkoocze
Q11.0	Torbielowata gałka oczna
Q11.1	Inne bezocze
Q11.2	Małoocze
Q11.3	Wielkoocze
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 (achondrogenezja)
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 zrośnięte (zroślaki)
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 Pataua
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 Pataua, 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
Q93.8	Inne delecje autosomów
Q93.9	Delecja autosomów, nie określona
Q95.2	Zrównoważone przemieszczenie autosomalne u nieprawidłowego osobnika
Q95.3	Zrównoważone przemieszczenie chromosomów płciowych/autosomów u nieprawidłowego osobnika
Q95.5	Osobnicze autosomalne miejsce łamliwe
Q96.0	Kariotyp 45, X

Załącznik Nr 20 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

Wykaz chorób wg klasyfikacji ICD - 10 stanowiących przyczynę diagnostyki i leczenia osób przewlekle chorych

1. **Grupa dziedzinowa - Diabetologia**

(E10-E14) Cukrzyca

E10	Cukrzyca insulinozależna
E11	Cukrzyca insulinoniezależna
E13	Inne określone postacie cukrzycy
E14	Cukrzyca nie określona
R73	Podwyższone stężenie glukozy
R73.0	Nieprawidłowa krzywa cukrowa (test tolerancji glukozy)

2. **Grupa dziedzinowa - Kardiologia**

(I10 – I15) Choroba nadciśnieniowa

I10	Samoistne (pierwotne) nadciśnienie
I11	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca
I11.0	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca
I11.9	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca
I12	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek
I12.0	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek
I12.9	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek
I13	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek
I13.0	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca
I13.1	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek
I13.2	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek
I13.9	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona
I15	Nadciśnienie wtórne

(I20 – I25) Choroba niedokrwienna serca

I20.1	Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych
I20.8	Inne postacie dusznicy bolesnej
I20.9	Dusznica bolesna, nieokreślona
I25	Przewlekła choroba niedokrwienna serca

(I48 – I50) Inne choroby serca

I48	Migotanie i trzepotanie przedsionków
I50	Niewydolność serca
I50.0	Niewydolność serca zastoinowa
I50.1	Niewydolność serca lewokomorowa
I50.9	Niewydolność serca, nie określona

3. **Grupa dziedzinowa - Endokrynologia**

(E00 – E89.0) Choroby tarczycy

E01	Niedoczynność tarczycy z powodu niedoboru jodu i pokrewnych przyczyn
E02	Subkliniczna postać niedoczynności tarczycy z powodu niedoboru jodu
E03	Inne postacie niedoczynności tarczycy

E04	Wole nietoksyczne, inne
E05	Nadczynność tarczycy
E06	Zapalenie tarczycy
E89.0	Pozabiegowa niedoczynność tarczycy

4. **Grupa dziedzinowa – Pulmonologia**

(J41–J45) Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych

J41	Przewlekłe zapalenie oskrzeli proste i śluzowo-ropne
J42	Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli
J43	Rozedma płucna
J44	Inna przewlekła zaporowa choroba płuc
J45	Dychawica oskrzelowa

5. **Grupa dziedzinowa – Nefrologia**

(N18) Przewlekła niewydolność nerek

N18	Przewlekła niewydolność nerek

*Dopuszczalne jest sprawozdawanie poszczególnych rozpoznań z rozszerzeniami większymi niż 3-znakowe

Załącznik Nr 21 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

WYKAZ ŚWIADCZEŃ POZ OBOWIĄZUJĄCY DLA SPRAWOZDAŃ Z REALIZACJI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ LEKARZA POZ, PIELĘGNIARKI POZ, POŁOŻNEJ POZ SPRAWOZDAWANYCH KOMUNIKATEM XML TYPU "SWIAD" LUB KOMUNIKATEM XML SWCEZ ALBO – W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ PROFILAKTYKI CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA ORAZ ŚWIADCZEŃ POŁOŻNEJ POZ W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - W SYSTEMIE INFORMATYCZNYM MONITOROWANIA PROFILAKTYKI (SIMP)

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ[1]	Nazwa jednostki sprawozdawanej
1.	**Świadczenia lekarza poz**	
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, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia, 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".
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 o świadczeniach 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[2]
1.11	5.01.00.0000302	Lipidogram – badanie przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej zrealizowane w ramach bilansu 6-latka.
1.12	5.01.00.0000001	porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO
1.13	5.01.00.0000149	porada lekarska związana z wydaniem zaświadczenia osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji
1.14	5.01.00.0000152	teleporada lekarza poz
1.15	5.01.00.0000155	porada receptowa lekarza poz
1.16	5.01.00.0000162	pierwszorazowe świadczenie lekarza poz związane z oceną stanu zaszczepienia oraz stanu zdrowia dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2024 r. poz. 167, z późn. zm)
1.17	5.01.00.0000163	świadczenie lekarza poz związane z realizacją kalendarza szczepień (IKSz) dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do

		świadczeń zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa
1.18	5.01.00.0000227	test antygenowy w kierunku: SARS-CoV-2/grypy A+B/RSV
1.19	5.01.00.0000277	Wykonanie zalecanego szczepienia przeciwko Ludzkiemu Wirusowi Brodawczaka (HPV) w poz***
1.20	5.01.00.0000246	Wykonanie zalecanego szczepienia COVID - 19***
1.21	5.01.00.0000276	Wykonanie zalecanego szczepienia przeciwko Ludzkiemu Wirusowi Brodawczaka (HPV) w placówce szkolnej***
Budżet powierzony diagnostyczny		
1.22	5.01.00.0000164	Ferrytyna *
1.23	5.01.00.0000165	Witamina B12 *
1.24	5.01.00.0000166	Kwas foliowy*
1.25	5.01.00.0000167	Anty–CCP *
1.26	5.01.00.0000168	CRP - szybki test ilościowy (populacja do ukończenia 6 r.ż.) *
1.27	5.01.00.0000169	Przeciwciała anty-HCV *
1.28	5.01.00.0000170	Antygen H. pylori w kale – test kasetkowy*
1.29	5.01.00.0000173	Antygen H. pylori w kale – test laboratoryjny *
1.30	5.01.00.0000171	Strep-test *
1.31	5.01.00.0000239	Immunoglobuliny E całkowite (IgE)
1.32	5.01.00.0000240	Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10-punktowych oznaczeń dotyczącym alergii wziewnych
1.33	5.01.00.0000241	Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10-punktowych oznaczeń dotyczącym alergii pokarmowych
1.34	5.01.00.0000242	Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20-punktowych oznaczeń dotyczącym alergii wziewnych
1.35	5.01.00.0000243	Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20-punktowych oznaczeń dotyczącym alergii pokarmowych
1.36	5.01.00.0000281	HIV test przesiewowy (przeciwciała przeciwko anty – HIV i antygen p24)
Budżet powierzony opieki koordynowanej**		
1.37	5.01.00.0000174	BNP (NT-pro-BNP)
1.38	5.01.00.0000175	albuminuria (stężenie albumin w moczu)
1.39	5.01.00.0000176	UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)
1.40	5.01.00.0000177	antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)
1.41	5.01.00.0000178	antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)
1.42	5.01.00.0000179	antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie).
1.43	5.01.00.0000180	EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)
1.44	5.01.00.0000181	Holter EKG 24, (248 rejestracja EKG)
1.45	5.01.00.0000203	Holter EKG , 48 (48 rejestracja EKG)
1.46	5.01.00.0000198	Holter EKG 72 godz. (72-godzinna rejestracja EKG)
1.47	5.01.00.0000182	Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)
1.48	5.01.00.0000183	USG Doppler tętnic szyjnych
1.49	5.01.00.0000237	USG Doppler żył obu kończyn dolnych
1.50	5.01.00.0000238	USG Doppler tętnic obu kończyn dolnych
1.51	5.01.00.0000185	ECHO serca przezklatkowe
1.52	5.01.00.0000186	spirometria
1.53	5.01.00.0000187	spirometria z próbą rozkurczową
1.54	5.01.00.0000205	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur (u dorosłych)
1.55	5.01.00.0000206	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana (u dorosłych) co najmniej 3 procedury
1.56	5.01.00.0000189	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie diabetologii (lekarz poz - lekarz specjalista)
1.57	5.01.00.0000199	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie endokrynologii (lekarz poz-lekarz specjalista)

1.58	5.01.00.0000200	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii (lekarz poz- lekarz specjalista)
1.59	5.01.00.0000201	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie pulmonologii (lekarz poz- lekarz specjalista)
1.60	5.01.00.0000202	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie alergologii (lekarz poz- lekarz specjalista)
1.61	5.01.00.0000190	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie diabetologii (pacjent - lekarz specjalista)
1.62	5.01.00.0000191	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie endokrynologii (pacjent - lekarz specjalista)
1.63	5.01.00.0000192	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii (pacjent - lekarz specjalista)
1.64	5.01.00.0000193	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie pulmonologii (pacjent - lekarz specjalista)
1.65	5.01.00.0000194	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie alergologii (pacjent - lekarz specjalista)
1.66	5.01.00.0000244	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (lekarz poz - lekarz specjalista)
1.67	5.01.00.0000245	konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie nefrologii (pacjent - lekarz specjalista)
1.68	5.01.00.0000195	porada edukacyjna
1.69	5.01.00.0000196	konsultacja dietetyczna
1.70	5.01.00.0000197	porada kompleksowa
1.71	5.01.00.0000219	porada wstępna
2.	**Świadczenia pielęgniarki poz**	
2.1	5.01.00.0000107	wizyta patronażowa pielęgniarki 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 pielęgniarki 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 pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji
2.5	5.01.00.0000080	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy o świadczeniach, 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
2.6	5.01.00.0000161	porada receptowa pielęgniarki poz
2.7	5.01.00.0000172	świadczenie pielęgniarki w ramach profilaktyki ChUK
2.8	5.01.00.0000220	KOP - Porada pielęgniarki w leczeniu ran realizowana w miejscu udzielania świadczeń
2.9	5.01.00.0000221	KOP - Porada pielęgniarki w leczeniu ran realizowana w domu świadczeniobiorcy
2.10	5.01.00.0000222	KOP - Porada pielęgniarki urologiczna realizowana w miejscu udzielania świadczeń
2.11	5.01.00.0000223	KOP - Porada pielęgniarki urologiczna realizowana w domu świadczeniobiorcy
2.12	5.01.00.0000224	KOP - Porada pielęgniarki stomijna realizowana w miejscu udzielania świadczeń
2.13	5.01.00.0000225	KOP - Porada pielęgniarki stomijna realizowana w domu świadczeniobiorcy
2.14	5.01.00.0000282	Porada pielęgniarska
3.	**Świadczenia położnej poz**	
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 o świadczeniach, osoby uprawnionej wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy o świadczeniach 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
3.12	5.01.00.0000131	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży
3.13	5.01.00.0000132	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. do 14. tygodnia ciąży
3.14	5.01.00.0000133	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15. do 20. tygodnia ciąży
3.15	5.01.00.0000134	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. do 26. tygodnia ciąży
3.16	5.01.00.0000135	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. do 32. tygodnia ciąży
3.17	5.01.00.0000136	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. do 37. tygodnia ciąży
3.18	5.01.00.0000137	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tygodnia ciąży
3.19	5.01.00.0000138	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tygodnia ciąży
3.20	5.01.00.0000139	wizyta położnej poz związana z wykonaniem Holtera RR
3.21	5.01.00.0000159	porada receptowa położnej poz
3.22	5.01.00.0000294	porada położnej
3.23	5.01.00.0000295	pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego testu molekularnego HPV HR w triage z cytologią na podłożu płynnym (LBC) w POZ
4.	**Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej**	
4.1	5.01.00.0000283	Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 20-59
4.2	5.01.00.0000284	Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 60 plus
4.3	5.01.00.0000285	Porada edukacyjna - Bilans zdrowia
4.4	5.01.00.0000293	Badanie ogólne moczu - Bilans zdrowia
4.5	5.01.00.0000286	ASPAT -Bilans zdrowia
4.6	5.01.00.0000287	ALAT- Bilans zdrowia
4.7	5.01.00.0000288	GGTP - Bilans zdrowia

4.8	5.01.00.0000289	PSA - Bilans zdrowia
4.9	5.01.00.0000290	Przeciwciała anty – HCV - Bilans Zdrowia
4.10	5.01.00.0000291	Lipoproteina a- Bilans Zdrowia
4.11	5.01.00.0000292	Test na krew utajoną w kale metodą immunochemiczną (FIT -OC)

Objaśnienia:

[1] kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

[2] świadczenie kompleksowe obejmujące poradę lekarską udzieloną w związku z badaniem

*Świadczenia o których mowa w załączniku nr 1 Część IVa rozporządzenia MZ realizowanych - świadczenia realizowane w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego

** Świadczenia, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ

*** Szczepienie wykonane szczepionką finansowaną na podstawie Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2025 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych, dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. Urz. MZ. poz. 30)

Słownik efektów udzielanych świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy

Kod efektu	Nazwa efektu
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 22 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

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

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ[1#)]	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Uwagi
1	**Świadczenia pielęgniarki poz**		
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	
2	**Świadczenia położnej poz**		
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	
3	**Świadczenia pielęgniarki szkolnej**		
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	
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	

Załącznik Nr 23 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH OBOWIĄZUJĄCY DLA REALIZACJI UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ LEKARZA POZ WRAZ Z ICH OKODOWANIEM DLA CELÓW SPRAWOZDAWCZOŚCI[9)]

Lp.	Nazwa badania diagnostycznego	Kody świadczeń wg NFZ dla komunikatu XML typu ZBPOZ
1.	**Badania hematologiczne**	
1	morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi	1001100006
2	morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi	1001100007
3	retykulocyty	1001100003
4	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	1001100004
2.	**Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi**	
1	sód	1001200001
2	potas	1001200002
3	wapń zjonizowany	1001200032
4	żelazo	1001200004
5	żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)	1001200033
6	stężenie transferyny	1001200005
7	stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c)	1001100005
8	mocznik	1001200006
9	kreatynina	1001200007
10	glukoza	1001200008
11	test obciążenia glukozą	1001200009
12	białko całkowite	1001200010
13	proteinogram	1001200011
14	albumina	1001200012
15	białko C-reaktywne (CRP)	1001600004
16	kwas moczowy	1001200013
17	cholesterol całkowity	1001200014
18	cholesterol-HDL	1001200015
19	cholesterol-LDL	1001200016
20	triglicerydy (TG)	1001200017
21	bilirubina całkowita	1001200018
22	bilirubina bezpośrednia	1001200019
23	fosfataza alkaliczna (ALP)	1001200020
24	aminotransferaza asparaginianowa (AST)	1001200021
25	aminotransferaza alaninowa (ALT)	1001200022
26	gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)	1001200023
27	amylaza	1001200024
28	kinaza kreatynowa (CK)	1001200025
29	fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	1001200026
30	czynnik reumatoidalny (RF)	1001200027
31	miano antystreptolizyn O (ASO)	1001200028
32	hormon tyreotropowy (TSH)	1001200029

[9)] Objaśnienia: 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 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.). Nie należy sprawozdawać badań dostarczonych lekarzowi poz przez pacjenta w przypadku ich zrealizowania przez innego świadczeniodawcę lub samego pacjenta. Wykonanie badań należy sprawozdawać komunikatem XML typu ZBPOZ w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po zakończeniu półrocza

33	antygen HBs-AgHBs	1001200030
34	VDRL	1001200031
35	FT3	1001200034
36	FT4	1001200035
37	PSA – Antygen swoisty dla stercza całkowity	1001200036
38	Stężenie wapnia całkowitego w surowicy krwi	1001200037
3.	**Badania moczu**	
1	ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu	1001300001
2	ilościowe oznaczanie białka	1001300002
3	ilościowe oznaczanie glukozy	1001300003
4	ilościowe oznaczanie wapnia	1001300004
5	ilościowe oznaczanie amylazy	1001300005
4.	**Badania kału**	
1	badanie ogólne	1001400001
2	pasożyty	1001400002
3	krew utajona - metodą immunochemiczną	1001400003
5.	**Badania układu krzepnięcia**	
1	wskaźnik protrombinowy (INR)	1001500001
2	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	1001500002
3	fibrynogen	1001500003
6.	**Badania mikrobiologiczne**	
1	posiew moczu z antybiogramem	1001600001
2	posiew wymazu z gardła z antybiogramem	1001600002
3	posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella	1001600003
4	test antygenowy SARS-CoV-2 uzyskiwany za pomocą Systemu Dystrybucji Szczepionek (SDS)	1001600005
7.	**Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku**	1001700001
8.	**Badania ultrasonograficzne**	
1	USG tarczycy i przytarczyc	1001800002
2	USG ślinianek	1001800003
3	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	1001800004
4	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego	1001800005
5	USG obwodowych węzłów chłonnych	1001800006
9	**Zdjęcia radiologiczne**	
1	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej	1001900001
2	zdjęcia kostne:	
2a)	kręgosłupa (cały kręgosłup) w projekcji AP i bocznej	1001900002
2b)	kręgosłupa (odcinkowe) w projekcji AP i bocznej	1001900003
2c)	kończyn w projekcji AP i bocznej	1001900004
2d)	miednicy w projekcji AP i bocznej	1001900005
3	zdjęcie czaszki	1001900006
4	zdjęcie zatok	1001900007
5	zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	1001900008

Załącznik Nr 24 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

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

L.p.	Nazwa i dane adresowe jednostki lub pieczątka z adresem jednostki	Liczba podopiecznych aktualna na dzień sporządzania informacji			
		DPS	placówka socjalizacyjna	placówka interwencyjna	placówka resocjalizacyjna
1					
2					
3					
4					
5					

....

Data, miejsce Oznaczenie Świadczeniodawcy

*) - niepotrzebne skreślić

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

Załącznik Nr 25 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 marca 2025 r.

Oznaczenie świadczeniodawcy

Numer umowy z NFZ

INFORMACJA O LICZBIE UCZNIÓW OBJĘTYCH PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ OPIEKĄ PIELĘGNIARKI LUB HIGIENISTKI SZKOLNEJ – część I

wg stanu na …… (data)

Lp.	Nazwa, adres i REGON szkoły/placówki	**Szkoła typu I** (szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach) szkoła artystyczna, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku									
		ogólna liczba uczniów w szkole **(w tym):**	**Uczniowie - typ I.1**	**Uczniowie - typ I.2** (klasy integracyjne i sportowe) **i typ I.3** (niepełnosprawni w klasach ogólnych oraz oddziałach specjalnych)							liczba uczniów w klasach I – VI (podlegających fluoryzacji)
			liczba uczniów w typie I.1	liczba uczniów w klasach o statusie: **"sportowa"**– typ I.2	liczba uczniów w klasach o statusie: **"integracyjna"**– typ I.2	liczba uczniów z niepełnosprawnością w klasach ogólnych – typ I.3	liczba uczniów w klasach o statusie: **"specjalna"**– typ I.3	w tym, liczba uczniów z typem niepełnosprawności:			
								typ A - z lekkim upośledzeniem umysłowym, sprawnych ruchowo; słabo widzących i niedowidzących; słabo słyszących i niesłyszących; przewlekle chorych (w tym: osób w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie)	**typ B** - liczba uczniów z lekkim upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo; umiarkowanym upośledzeniem i sprawnych ruchowo	**typ C** - liczba uczniów z umiarkowanym i znacznym upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo	
1.											
2.											
3.											

.....

Oznaczenie Świadczeniodawcy

Oznaczenie świadczeniodawcy

Numer umowy z NFZ

INFORMACJA O LICZBIE UCZNIÓW OBJĘTYCH PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ OPIEKĄ PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ – część II
wg stanu na …… (data)

Lp.	**Nazwa, adres i REGON szkoły/placówki lub pieczątka (z adresem) szkoły**	**Szkoła typu II** (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa)	**Szkoła typu III** (szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży)				
		Uczniowie – typ II	**Uczniowie – typ III**				
		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; przewlekle chorych (w tym: osób w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie)	**typ B** - liczba uczniów z lekkim upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo; umiarkowanym upośledzeniem i sprawnych ruchowo	**typ C** - liczba uczniów z umiarkowanym i znacznym upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo	
1.							
2.							
3.							

.....
Oznaczenie Świadczeniodawcy

Załącznik Nr 26 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 31 marca 2025 r.

WZÓR "LOGO SZYBKIEJ ŚCIEŻKI ONKOLOGICZNEJ"

KSIĘGA ZNAKU
SZYBKA TERAPIA ONKOLOGICZNA

Znak to element identyfikacji wizualnej. Dzięki niepowtarzalnej formie oraz kolorystyce wpływa na jej rozpoznawalność. Konsekwentne stosowanie znaku sprzyja świadomemu budowaniu skutecznej promocji.

Aby zachować spójność projektowanych materiałów, należy bezwzględnie stosować zasady określone w księdze znaku. Używając logo, zawsze należy korzystać z oryginalnych plików. Nie można odtwarzać go samemu.



ZNAK

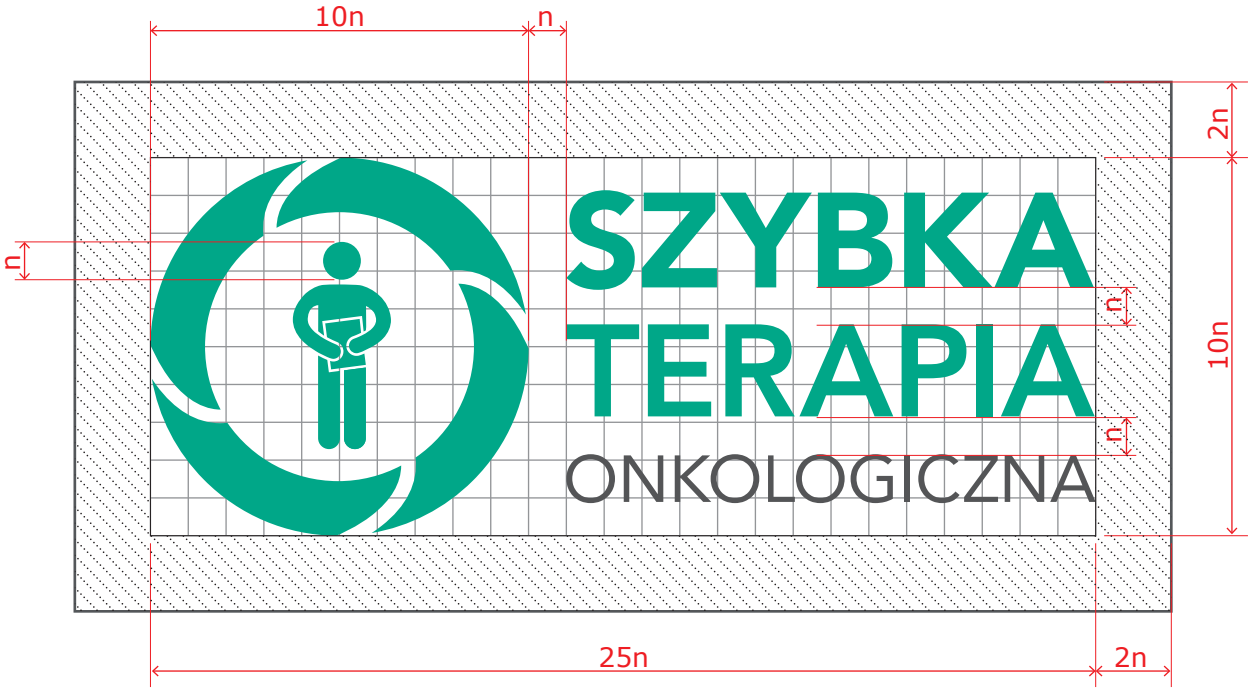


Znak SZYBKA TERAPIA ONKOLOGICZNA składa się z trzech części:

- elementu graficznego zbudowanego z okręgu – umieszczonego po lewej stronie;
- sylwetki człowieka trzymającego katę – umieszczonego pośrodku elementu graficznego;
- napisu „Szybka Terapia Onkologiczna" – utworzonego na bazie rodziny fontów Avenir, umieszczonego po prawej stronie.

Wszystkie składowe znaku są nierozdzielne. Nie należy stosować ich osobno ani zmieniać wzajemnych proporcji. Podstawowy obowiązujący wzór logo jest dwubarwny - napis „ONKOLOGICZNY" o barwie szarej i pozostałe elementy logo o barwie zielonej.

SIATKA MODUŁOWA



Umieszczenie znaku na siatce modułowej pozwala określić jego podstawowe proporcje.
Są one przydatne podczas skalowania oraz przy wydrukach wielkoformatowych.

Podstawowym modułem, który służy do wyznaczania wzajemnych relacji poszczególnych elementów znaku oraz wielkości pola ochronnego, jest odległość n równa średnicy głowy postaci.

Logotyp jest odsunięty od sygnetu o odległość równą 1n.

Pole ochronne określa minimalna odległość od znaku innych elementów graficznych, takich jak: ilustracje, teksty, pozostałe „obce" obiekty. Pole ochronne znaku wynosi 2n.

Proporcje znaku: 25 modułów (poziom), 10 modułów (pion).

MINIMALNY ROZMIAR



Znak może być skalowany z zachowaniem wyznaczonych proporcji, jednak nie może być mniejszy niż wyznaczone wielkości minimalne. Wielkość minimalna zależy od techniki druku. Stosowanie wielkości mniejszych niż przedstawione może sprawić, że znak będzie zniekształcony lub nieczytelny.

Wielkości minimalne:

- OFFSET, DRUK CYFROWY: szerokość podstawy min. 15 mm
- SITODRUK, TAMPODRUK: szerokość podstawy min. 25 mm
- GRAWEROWANIE: szerokość podstawy min. 15 mm
- SITODRUK, TAMPODRUK: szerokość podstawy min. 13 mm
- HAFT: szerokość podstawy min. 50 mm

KOLORYSTYKA



SZYBKA TERAPIA ONKOLOGICZNA

PANTONE 334 C
CMYK 100,0,64,0
RGB 0,147,119
WWW #009377

PANTONE 425 C
CMYK 0,0,0,81
RGB 85,86,88
WWW #555658

Zielony to podstawowa barwa znaku (opisany Pantonem 334 C). Dominuje w identyfikacji wizualnej oraz wszystkich materiałach promocyjnych. Szary (opisany Pantonem 425 C) to barwa uzupełniająca.

WARIANTY ZNAKU

Dopuszczalne są następujące sposoby przedstawienia znaku graficznego:

A. znak dwubarwny;



B. znak jednobarwny;



C. znak o barwie białej, wpisany w zieloną aplę;



D. znak w wersji monochromatycznej.*



* Wersja monochromatyczna może być użyta jedynie ze względu na ograniczenia technologiczne, a nie projektowe (np. w przypadku użytkowania znaku na pieczątce). Barwa znaku – BLACK 100%.

NIEDOZWOLONE UŻYCIE

Jakiekolwiek deformowanie znaku jest niedopuszczalne. Poniżej znajdują się przykłady zniekształcenia znaku, których w żadnym wypadku nie można stosować.

A. Nieprawidłowe skalowanie (zmiana proporcji) znaku







B. Brak elementów znaku







C. Zmiana położenia elementów znaku





D. Niedozwolone pozycje znaku





E. Umieszczenie znaku na kolorowym tle

