

**ZARZĄDZENIE NR 51/2022/DSM  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 14 kwietnia 2022 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.  
Postanowienia ogólne**

**§ 1. 1.** Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
  - 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

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

- 1) **dodatkowe miejsce przyjmowania pacjentów** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w jednej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu poza miejscem udzielania świadczeń;
- 2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) **gotowość do udzielania świadczeń** – warunki organizacyjno-techniczne pozwalające na wykorzystanie zasobów kadrowych oraz niezbędnego sprzętu i wyposażenia do udzielania świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8:00 danego dnia do godz. 8:00 dnia następnego. Warunki nie są spełnione w przypadku, w którym zasoby kadrowe oraz niezbędny sprzęt i wyposażenie pozostają w gotowości poza miejscem udzielania świadczeń, o którym mowa w pkt 5, poza dodatkowym miejscem przyjmowania pacjentów lub poza miejscem wyczekiwania zespołu wyjazdowego, o którym mowa w pkt 4, z wyłączeniem personelu wskazanego do realizacji świadczeń w zakresie podstawowym;
- 4) **miejsce wyczekiwania zespołu wyjazdowego** – miejsce, w którym osoby wskazane do realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy oczekują na zlecenie wyjazdu;
- 5) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 6) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 7) **Ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej "ustawą";
- 8) **obszar zabezpieczenia** – spójny terytorialnie obszar (powiat/powiaty, gmina/gminy, dzielnica/dzielnice, osiedle/osiedla lub inny obszar jednoznacznie określony) wyodrębniony ze względu na konieczność właściwego zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 9) **PSZ** – system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;

---

<sup>1)</sup>Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655 i 807.

- 10) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy;
- 11) **rozporządzenie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy;
- 12) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy;
- 13) **ryczałt** – kwota przeznaczona na sfinansowanie świadczeń w ramach gotowości do udzielania świadczeń na obszarze zabezpieczenia wszystkim zgłaszającym się świadczeniobiorcom – bez względu na ich adres zamieszkania/pobytu.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie, w rozporządzeniu oraz w Ogólnych warunkach umów.

## **Rozdział 2.** **Przedmiot postępowania**

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawcy do udzielania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 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 zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem postępowania w celu zawarcia umowy objęte są:

- 1) 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie;
- 2) 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki.

3. Fundusz zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi komórki organizacyjne, których kody charakteryzujące komórki organizacyjne zakładu leczniczego są określone w rejestrze, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 i 655), w części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach, określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

§ 4. 1. Postępowanie, o którym mowa § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawcy do realizacji świadczeń na obszarze terytorialnym:

- 1) gminy;
- 2) więcej niż jednej gminy;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednego powiatu;
- 5) dzielnicy/osiedla;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy/osiedla;
- 7) innego obszaru jednoznacznie określonego.

2. Porównanie ofert w toku postępowania następuje zgodnie z art. 148 ustawy, w tym z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

### **Rozdział 3.** **Szczegółowe warunki umowy**

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o której mowa w § 1 pkt 2, zwanej dalej „umową”, jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, przy uwzględnieniu wielkości obszarów zabezpieczenia mierzonych liczbą osób je zamieszkujących (wielkość populacji) w ramach gotowości do udzielania świadczeń poza godzinami dostępności określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym, finansowanych przez Fundusz.

2. Obszary zabezpieczenia określane są przez dyrektora Oddziału Funduszu, z uwzględnieniem wykazu podmiotów zakwalifikowanych do PSZ.

3. Podstawę do określenia obszaru zabezpieczenia stanowią aktualne lub prognozowane, w dniu tworzenia planu zabezpieczenia świadczeń, dane na temat liczby ludności określone w roczniku statystycznym ogłoszonym przez Główny Urząd Statystyczny. W przypadku obszarów mniejszych terytorialnie niż gmina dopuszcza się pozyskanie danych z właściwych jednostek statystycznych dla określonego obszaru (jednostki samorządu terytorialnego).

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

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

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu.

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

§ 7. 1. Świadczenia mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy, z uwzględnieniem gotowości do udzielania świadczeń, o której mowa w § 2 w ust. 1 pkt 3.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, mogą być udzielane po uzyskaniu zgody dyrektora Oddziału Funduszu oceniającego zachowanie odpowiedniej dostępności do świadczeń na danym obszarze zabezpieczenia.

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

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie.

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

6. Każda zmiana warunków udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę lub podwykonawcę, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym jej powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

§ 8. 1. Odpowiednio do zakresu świadczeń stanowiących przedmiot umowy, świadczeniodawca zapewnia jedno miejsce udzielania świadczeń z liczbą gabinetów lekarskich odpowiadającą liczbie lekarzy udzielających świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 4.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do miejsca udzielania świadczeń w czasie określonym w § 2 ust. 1 pkt 3.

3. Dopuszczona jest możliwość wskazania miejsca wyczekiwania zespołu wyjazdowego w innej lokalizacji niż miejsce udzielania świadczeń.

4. W celu zwiększenia dostępności do świadczeń, w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, strony umowy mogą ustalić konieczność zorganizowania dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów. Ustalenie, o którym mowa w zdaniu pierwszym, stanowi podstawę do zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. W dodatkowych miejscach przyjmowania pacjentów:

- 1) winny być spełnione warunki realizacji świadczeń, określone w rozporządzeniu, z zastrzeżeniem pkt 3;
- 2) udzielanie świadczeń odbywa się na zasadach określonych w § 2 ust. 1 pkt 3;
- 3) dopuszczalne jest udzielanie świadczeń w uzgodnionych z dyrektorem Oddziału Funduszu dniach i godzinach pracy, innych niż wskazane w § 2 ust. 1 pkt 3.

6. Miejsce udzielania świadczeń zorganizowane dla udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy świadczeniodawca wykazuje w składanej ofercie, zgodnie z wymogami określonymi w ogłoszeniu postępowania.

7. Miejsce udzielania świadczeń, dodatkowe miejsca przyjmowania pacjentów oraz miejsce wyczekiwania zespołu wyjazdowego, winny być zlokalizowane na obszarze terytorialnym, którego dotyczy postępowanie lub obszarze terytorialnym wskazanym dla podmiotów PSZ.

**§ 9. 1.** Wykaz świadczeń gwarantowanych oraz sposób udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są określone w rozporządzeniu.

2. Warunki realizacji świadczeń, w tym: wymagane kwalifikacje personelu, warunki lokalowe oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną są określone w rozporządzeniu, natomiast wymagania dodatkowo oceniane (rankingujące) określone są w rozporządzeniu kryterialnym.

3. Świadczenia będące przedmiotem umowy są realizowane przez osoby wymienione w „Harmonogramie – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

**§ 10. 1.** Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej obowiązany jest do dokumentowania świadczeń udzielanych w każdym z miejsc udzielania świadczeń oraz dodatkowych miejsc przyjmowania pacjentów oraz świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania/pobytu świadczeniobiorcy.

2. Prowadzona dokumentacja zbiorcza zawiera w szczególności:

- 1) dane osobowe świadczeniobiorcy, tj.: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) datę zgłoszenia pacjenta oraz tryb udzielania świadczenia (ambulatoryjnie, w formie porady telefonicznej, w formie porady udzielonej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy), a w przypadku świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, także godzinę przyjęcia zgłoszenia;
- 3) przyczynę zgłoszenia;
- 4) informację o odmowie realizacji zgłoszenia wraz z podaniem uzasadnienia dokonanej odmowy;
- 5) datę wykonania świadczenia, a w przypadku wizyty w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, także godzinę wyjazdu oraz godzinę powrotu osoby udzielającej świadczenia;
- 6) informacje dotyczące udzielonego świadczenia:
  - a) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, tj. rozpoznania zasadniczego,
  - b) istotnych procedur medycznych łącznie z datą ich wykonania wg wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9,
  - c) wydane pacjentowi zalecenia, skierowania, recepty na leki, zaświadczenia lub inne dokumenty związane z udzielonym świadczeniem;
- 7) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu).

3. Dokumentacja zbiorcza jest prowadzona i dostępna, odpowiednio do zakresu świadczeń objętego umową, w miejscu udzielania świadczeń.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany do:

- 1) przyjmowania zgłoszeń i rejestrowania rozmów telefonicznych prowadzonych przez personel w związku z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem umowy w miejscu udzielania świadczeń. Nośniki zawierające zarejestrowane rozmowy podlegają obowiązkowi archiwizacji przez okres nie krótszy niż rok;
- 2) bieżącego przekazywania informacji o przyjętym zgłoszeniu personelowi pozostającemu w gotowości w miejscu wyczekiwania zespołu wyjazdowego.

§ 11. 1. Świadczeniodawca gromadzi i przekazuje Funduszowi dane o świadczeniach udzielonych poszczególnym osobom, w zakresie i na zasadach określonych w przepisach ustawy, w zarządzeniach Prezesa Funduszu wydanych na podstawie tej ustawy oraz w umowie.

2. Dane o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych poszczególnym osobom świadczeniodawca obowiązany jest przekazywać zgodnie z zakresami świadczeń i kodami świadczeń, określonymi w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

3. Informacje, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu w formie elektronicznej, 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 miesiąca następującego po upływie każdego okresu sprawozdawczego.

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

5. Zakresem przekazywanych danych o świadczeniach, udzielanych w okresie sprawozdawczym, odpowiednio do typu komunikatu XML, objęte są dane określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, oraz kod świadczenia.

6. Zmiana definicji komunikatów sprawozdawczych XML, o których mowa w ust. 3, dokonywana jest z zachowaniem okresu przejściowego pomiędzy datą ogłoszenia definicji komunikatu XML, a datą jego obowiązywania, uwzględniającego co najmniej jeden pełny okres sprawozdawczy.

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

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu określone są w planie rzeczowo – finansowym, którego wzór stanowi **załącznik nr 1** do umowy.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem umowy są finansowane w formie ryczału, określonego odrębnie dla każdego zakresu świadczeń określonego w **załączniku nr 1** do zarządzenia, stanowiącego kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń udzielanych w okresie sprawozdawczym (miesiąc).

4. W przypadku obszarów zabezpieczenia, na których świadczenia są realizowane w zakresie określonym w **załączniku nr 1** do zarządzenia przez jeden podmiot wybrany w wyniku przeprowadzonego postępowania lub też podmiot zakwalifikowany do PSZ, wysokość ryczału dla takich podmiotów określana jest przez dyrektora Oddziału Funduszu.

5. Ryczałt, o którym mowa w ust. 4, określany jest w oparciu o minimalne wymagania w zakresie wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych, określone w rozporządzeniu z uwzględnieniem wielkości obszaru zabezpieczenia.

6. Finansowanie świadczeń udzielanych w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, w obszarach zabezpieczenia, w których świadczenia są realizowane przez kilka (więcej niż jeden) podmiotów zakwalifikowanych do PSZ, odbywa się w oparciu o stawkę ryczału (R), którego wysokość stanowi suma dwóch składowych zgodnie ze wzorem:

$$R = S + W$$

gdzie:

S – stawka bazowa, określona odpowiednio dla zakresu świadczeń będącego przedmiotem umowy,

W – składowa ryczałtu za liczbę udzielonych porad lekarskich i wizyt pielęgniarskich.

7. Stawka bazowa, dla poszczególnych zakresów wymienionych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, określana jest przez dyrektora Oddziału Funduszu w oparciu o minimalne wymagania w zakresie wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych, określone w rozporządzeniu.

8. Składowa ryczałtu za liczbę udzielonych porad (W), o której mowa w ust. 6, określana jest odrębnie dla świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych oraz odrębnie dla świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, na podstawie poniższego wzoru:

$$W = \frac{(pl * al) + (pp * ap)}{lm}$$

gdzie:

pl – liczba porad lekarskich w okresie przyjętym do kalkulacji (nie uwzględnia się porad udzielonych telefonicznie),

al – przyjęta do kalkulacji cena porady lekarskiej – 33,44 zł (cena porady lekarskiej udzielanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy korygowana jest o współczynnik 1,3 w stosunku do ceny porady lekarskiej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych),

pp – liczba wizyt pielęgniarskich w okresie przyjętym do kalkulacji,

ap – przyjęta do kalkulacji cena wizyty pielęgniarskiej – 13,59 zł (cena wizyty pielęgniarskiej realizowanej w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy korygowana jest o współczynnik 1,3 w stosunku do ceny wizyty pielęgniarskiej realizowanej w warunkach ambulatoryjnej),

lm – liczba miesięcy w okresie przyjętym do kalkulacji (wskazany jest przyjęcie do kalkulacji danych sprawozdawczych z roku poprzedzającego rok, na który obliczana jest składowa ryczałtu, a w przypadku ich braku, do obliczeń przyjmuje się dane sprawozdawcze z minimum trzech kolejnych miesięcy).

9. W przypadku utworzenia dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów lub zwiększenia liczby zespołów lekarsko-pielęgniarskich wyznaczonych do realizacji świadczeń w przypadku zakresu określonego w lp. 4 **załącznika nr 1** do zarządzenia, odpowiednio stawka bazowa, o której mowa w ust. 7 lub wysokość ryczałtu, określona dla podmiotów w przypadku, o którym mowa w ust. 4, może ulec zwiększeniu.

10. Dla świadczeniodawców rozpoczynających udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w obszarach, w których świadczenia są realizowane przez kilka (więcej niż jeden) podmiotów zakwalifikowanych do PSZ, składowa ryczałtu za liczbę udzielonych porad lekarskich i wizyt pielęgniarskich (W) przyjmuje wartość najniższej obowiązującej w województwie składowej ryczałtu za liczbę udzielonych porad lekarskich i wizyt pielęgniarskich.

11. W przypadku realizacji umów, o których mowa w ust. 10, weryfikacji stawki ryczałtu miesięcznego dokonuje się, na podstawie danych sprawozdawczych po upływie minimum 3 kolejnych miesięcy, licząc od pierwszego dnia realizacji umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

#### **Rozdział 4.**

#### **Postanowienia końcowe**

**§ 13.** Umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zachowują ważność na czas na jaki zostały zawarte.

**§ 14.** Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy, o których mowa w § 16.

**§ 15.** Stawka bazowa określona zgodnie z § 12 ust. 7 zarządzenia, o którym mowa w § 16 oraz ryczałt miesięczny, o którym mowa w § 12 ust. 4 zarządzenia, o którym mowa w § 16, obowiązujące w dniu wejścia w życie niniejszego zarządzenia zostają powiększone o 4,5%.

§ 16. Traci moc zarządzenie Nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

§ 17. Przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 kwietnia 2022 r.

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

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Bernard Waśko  
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 51/2022/DSM  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 14 kwietnia 2022 r.

### Katalog zakresów świadczeń

<b>L.p.</b>	<b>Nazwa zakresu świadczeń kontraktowanych</b>	<b>Kod zakresu świadczeń kontraktowanych</b>	<b>Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń kontraktowanych</b>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia do 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie podstawowym	01.0000.159.16	ryczałt (R1)
2	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia do 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym	01.0000.160.16	ryczałt (R2)
3	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie podstawowym	01.0000.161.16	ryczałt (R3)
4	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym	01.0000.162.16	ryczałt (R4)



Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 51/2022/DSM  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 14 kwietnia 2022 r.

01/0112/POZ/.....

**UMOWA**

Nr...../.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA  
W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

zawarta w ....., dnia ..... roku, pomiędzy: **Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa:** ..... (wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej) – ..... (wskazanie stanowiska) ..... (nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w..... (adres),** na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw<sup>1)</sup> 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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)”,

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

**PRZEDMIOT UMOWY**

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

2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:

- a) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,
- b) rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- c) w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

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

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

<sup>1)</sup>niepotrzebne skreślić

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

§ 4. 1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazywania Funduszowi za dany okres sprawozdawczy podlegający rozliczeniu w ramach umowy, informacji o realizacji świadczeń, sporządzonej na podstawie prowadzonej dokumentacji.

2. Informację, o której mowa w ust. 1, Świadczeniodawca przekazuje do Funduszu w zakresie wskazanym w **załączniku nr 4** do umowy.

#### WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

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

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunkach umów.

3. 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.

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

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

6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 5** do umowy.

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

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

### KARY UMOWNE

§ 6. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463, z późn. zm.) finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia 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, 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.

### OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ..... r. do dnia .....r.

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

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

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

§ 10. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

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

Wykaz załączników do umowy:

- 1) **załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **załącznik nr 2 do umowy** – Harmonogram - zasoby;
- 3) **załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz podwykonawców;

- 4) **załącznik nr 4 do umowy** – Wykaz świadczeń obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ, sprawozdawanych komunikatami XML;
- 5) **załącznik nr 5 do umowy** – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

**PODPISY STRON**

.....

**Świadczeniodawca**

.....

**Narodowy Fundusz Zdrowia**

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 2

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr .... do umowy nr ..... rodzaj świadczeń:..... wersja .....		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ
Nr identyfikacyjny Świadczeniodawcy nadany przez NFZ		
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		

Okres rozliczeniowy od..... do.....

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń z określeniem obszaru zabezpieczenia	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)

razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)

Okres rozliczeniowy od..... do.....\*\*

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń z określeniem obszaru zabezpieczenia	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)

razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje

Razem pozycje	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
	Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
	Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
	Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

Pozycja	Kod zakresu	Nazwa zakresu	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
		Styczeń	Luty	Marzec
		Kwiecień	Maj	Czerwiec
		Lipiec	Sierpień	Wrzesień

	Październik	Listopad	Grudzień
<i>liczba * cena</i>			
<i>wartość</i>			

data sporządzenia

Dyrektor OW\*\*\*

Świadczeniodawca\*\*\*\*

\* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

\*\* - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

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

**HARMONOGRAM - ZASOBY**

**Załącznik nr ..... do umowy nr .....**  
**rodzaj**  
**świadczeń:.....**

Pozycja	Kod zakresu		Nazwa zakresu z określeniem obszaru zabezpieczenia								
<b>I. Miejsce udzielania świadczeń</b>											
Kod miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (c)			Adres miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (d)		VII cz.KR* (e)	VIII cz.KR* (f)	Profil IX-X cz.KR* (g)	Status**	
<b>II. Personel</b>											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
Dostępność osoby personelu											
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)	
							P****				
							D****				
<b>III. Sprzęt</b>											
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)				Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status**
<b>IV. Pojazdy****</b>											
Id pojazdu (a)	Nazwa pojazdu (b)					Nr rejestracyjny (c)	Rok produkcji (d)	Dostępny od (e)	Dostępny do (f)	Status**	

Dyrektor OW\*\*\*\*\*

Świadczeniodawca\*\*\*\*\*

\* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018r. poz. 2190, z późn.zm.)  
 - stosuje się odpowiednio do komórek org. wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia

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

\*\*\* Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)

\*\*\*\* drukowany jeśli wypełniony

\*\*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

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



**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**  
**Załącznik nr ..... do umowy nr .....**  
**rodzaj świadczeń:.....**

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
<b>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</b>			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
<b>Dane rejestrowe podwykonawcy</b>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<b>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</b>			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

Dyrektor OW\*

Świadczeniodawca\*\*

\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

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

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ OBOWIĄZUJĄCY DLA SPRAWOZDAŃ Z REALIZACJI UMÓW  
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
SPRAWOZDAWANYCH KOMUNIKATAMI XML**

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ*	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Sprawozdawczość elektroniczna – obowiązujący typ komunikatu XML
1.	5.01.00.0000108	porada lekarska ambulatoryjna	<b>SWIAD</b>
2.	5.01.00.0000109	porada lekarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy	<b>SWIAD</b>
3.	101404	liczba porad lekarskich udzielonych telefonicznie	<b>ZBPOZ</b>
4.	5.01.00.0000140	wizyta pielęgniarstwa ambulatoryjna	<b>SWIAD</b>
5.	5.01.00.0000141	wizyta pielęgniarstwa udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy	<b>SWIAD</b>

.....  
(miejsowość, data)

Świadczeniodawca\*\* .....

\* kod wskazany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

\*\* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 5 do Załącznika Nr 2

Miejscowość ..... Data .....

Kod Oddziału Wojewódzkiego  
Dane Świadczeniodawcy  
(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

**Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego**

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca\*

.....

\* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

## Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

W porównaniu do regulacji dotychczas obowiązującej w przedmiotowej materii (tj. zarządzenia Nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (z późn. zm.)) wprowadzone zostały zmiany, które związane są z realizacją zobowiązania nałożonego przez Ministra Zdrowia na Prezesa NFZ (pismo z dnia 14 marca 2022 r.; znak: DLG.7802.6.GK) polegającego na zwiększeniu wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami o 4,5%. Nowa wycena ma zostać zastosowana od dnia 1 kwietnia 2022 r. i wynika z wyceny przygotowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (pismo z dnia 10 marca 2022 r., znak: WT.5403.2022.MSW.10).

Celem realizacji powyższego zwiększenia o 4,5%, zmianie uległa stawka bazowa określona dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w obszarach zabezpieczenia, w których świadczenia są realizowane przez kilka (więcej niż jeden) podmiotów zakwalifikowanych do PSZ. Ponadto zwiększeniu o 4,5% uległy ceny porady lekarskiej oraz wizyty pielęgniarskiej wpływające na wysokość składowej ryczałtu za liczbę udzielonych porad lekarskich i wizyt pielęgniarskich. Takie zwiększenie wartości poszczególnych elementów składowych ryczałtu miesięcznego doprowadzi do wzrostu wartości zawartych ze świadczeniodawcami umów o ok. 4,5%.

Takiemu samemu zwiększeniu, o 4,5%, mają ulec wysokości ryczałtów miesięcznych określone przez dyrektorów dla świadczeniodawców realizujących niniejsze świadczenia jako jeden podmiot w obszarze.

Do dnia 1 lipca 2022 r., szpitale posiadające w swej strukturze szpitalny oddział ratunkowy (SOR) mają obowiązek dostosowania się do wymogu określonego w § 4 ust. 1 pkt. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048), tj. do posiadania miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiSOZ). W związku z tym niezbędne jest określenie zasad ustalania ryczałtu miesięcznego dla tych podmiotów w początkowym okresie ich funkcjonowania, w tym celu wprowadzono w § 12 ust. 10 oraz 11.

Z uwagi na fakt, że wprowadzenie powyższej modyfikacji wiązałoby się z wydaniem kolejnego już zarządzenia zmieniającego, dla zwiększenia czytelności i przejrzystości przepisów regulujących zawieranie i realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, niniejszą regulację wprowadza się nowym zarządzeniem.

Z uwagi, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają wprost z polecenia Ministra Zdrowia, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom określonym w przepisach art. 146 ust. 2 ustawy o świadczeniach oraz w § 2 ust. 3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).

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