

**ZARZĄDZENIE Nr 115/2019/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**  
z dnia 30 sierpnia.2019 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia  
i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej  
w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej**

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 2019 r. poz. 1373 i 1394) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W zarządzeniu Nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zmienionym zarządzeniem Nr 122/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2018 r. oraz zarządzeniem Nr 92/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 lipca 2019 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 14 dodaje ust. 11 w brzmieniu:

„11. 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<sup>1)</sup>, świadczenia na takich obszarach mogą być udzielane przez lekarza dodatkowo zatrudnionego, nie posiadającego specjalizacji, który po zdaniu Lekarskiego Egzaminu Końcowego po dniu 1 stycznia 2019 r., w okresie 12 miesięcy nie rozpoczął szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, w miejscach udzielania świadczeń utworzonych po wejściu w życie zarządzenia lub już istniejących.”;

---

<sup>1)</sup> Według danych Głównego Urzędu Statystycznego lub danych pozyskanych z jednostek samorządu terytorialnego – według stanu na dzień 1 września 2019 r. i każdorazowo na dzień 1 stycznia w latach kolejnych.

2) w § 15:

a) w ust. 2 dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„8) osoba niewymieniona w pkt 1 – 7 – współczynnik 3,2.”,

b) dodaje się ust. 7 - 14 w brzmieniu:

„7. Finansowanie świadczeń, o których mowa w § 14 ust. 11 dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 9 pkt 1-3, począwszy od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym rozpoczęte zostało udzielanie świadczeń przez lekarza, o którym mowa w § 14 ust. 11 i trwa przez 12 kolejnych miesięcy.

8. Jednostką rozliczeniową dla świadczeń, o których mowa w § 14 ust. 11, jest ryczałt miesięczny, którego cena jednostkowa jest określona w załączniku nr 1 do zarządzenia w wierszu l.p. 1.8.

9. Finansowanie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna, odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w l.p. 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.

10. W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorców chorych przewlekłe, w ramach deklaracji wyboru lekarza POZ, o której mowa w § 8 ust. 1, zgodnie z jednostkami chorobowymi określonymi w załączniku nr 20 do zarządzenia, zastosowanie współczynnika korygującego stawką kapitacyjną, o którym mowa w ust. 2 pkt 8, odbywa się z zastosowaniem następujących zasad:

1) podstawę prowadzonej przez Oddział Funduszu weryfikacji w zakresie spełnienia warunku, o którym mowa w pkt 2, stanowią raporty z udzielonych porad, złożone od dnia 1 października 2019 r. przez świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w związku z leczeniem cukrzycy, przewlekłych chorób układu krążenia lub tarczycy;

2) liczba porad lekarza POZ udzielonych osobom z powodu chorób określonych w załączniku nr 20 do zarządzenia, od dnia 1 kwietnia 2020 r. nie może być mniejsza niż jedna przypadająca na 3 kolejne okresy sprawozdawcze;

3) udzielenie osobie, o której mowa w pkt 2, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odpowiadających wymienionym jednostkom chorobowym powoduje wstrzymanie rozliczenia tych świadczeń, współczynnikiem korygującym

stawkę kapitaacyjną, o którym mowa w ust. 2 pkt 8 na 12 kolejnych okresów sprawozdawczych, liczonych od daty udzielenia świadczenia, o którym mowa w pkt 1.

11. W przypadku wystawiania przez świadczeniodawcę - lekarza POZ recept w postaci elektronicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzaniem e-recepty (Dz. U. poz. 697), który udziela świadczeń finansowanych z zastosowaniem stawki kapitacyjnej w ramach których wystawione zostały recepty w postaci elektronicznej (w danym okresie sprawozdawczym), do rozliczenia mają zastosowanie ceny jednostek rozliczeniowych określone w l.p. 1.1b -1.1e załącznika nr 1 do zarządzenia.

12. W przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 14, począwszy od dnia 1 stycznia 2020 r., po zakończeniu:

1) I kwartału, świadczeniodawca, który udzielił świadczeń co najmniej 15% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK), zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnioną przez Fundusz w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) wartość jednostki rozliczeniowej, o której mowa w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w tym kwartale, korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1;

2) II kwartału, świadczeniodawca, który udzielił świadczeń począwszy od dnia 1 stycznia 2020 r. co najmniej 30% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnionej przez Fundusz w SIMP wartość jednostki rozliczeniowej, o której mowa w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w tym kwartale, korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1;

3) III kwartału, świadczeniodawca który udzielił świadczeń począwszy od dnia 1 stycznia 2020 r. co najmniej 45% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnionej przez Fundusz w SIMP wartość jednostki rozliczeniowej, o której mowa w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w tym kwartale, korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1;

4) IV kwartału, świadczeniodawca, który udzielił świadczeń poczynwszy od dnia 1 stycznia 2020 r. co najmniej 60% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnionej przez Fundusz w SIMP wartość jednostki rozliczeniowej wskazanej w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w tym kwartale, korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1.

13. W przypadku rozliczania świadczeń lekarza poz dotyczących świadczeniobiorców zakwalifikowanych do realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy zgodnie z ust. 12, zastosowanie ma cena jednostki rozliczeniowej określona w l.p. 1.9 załącznika nr 1 do zarządzenia.

14. W przypadku świadczeniodawcy realizującego świadczenia, spełniającego łącznie wymagania określone w ust. 9 i 11, rozliczenia świadczeń dokonuje się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, o których mowa w l.p. 1.1f - 1.1i załącznika nr 1 do zarządzenia.”;

3) w § 19 dodaje się ust. 7-9 w brzmieniu:

„7. Finansowanie świadczeń dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w l.p. 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.

8. W przypadku wystawiania przez świadczeniodawcę - pielęgniarkę POZ recept w postaci elektronicznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzaniem e-recepty (Dz. U. poz. 697), która udziela świadczeń finansowanych z zastosowaniem stawki kapitacyjnej w ramach których wystawione zostały recepty w postaci elektronicznej (w danym okresie sprawozdawczym), do rozliczenia mają zastosowanie ceny jednostek rozliczeniowych określone w l.p. 2.1b - 2.1e załącznika nr 1 do zarządzenia.

9. W przypadku świadczeniodawcy realizującego świadczenia, spełniającego łącznie wymagania określone w ust. 7 i 8, rozliczenia świadczeń dokonuje się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, o których mowa w l.p. 2.1f - 2.1i załącznika do zarządzenia.”;

4) w § 23 dodaje się ust. 4-6 w brzmieniu:

„4. Finansowanie świadczeń dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającej ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w l.p. 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 wystawiania przez świadczeniodawcę – położną POZ recept w postaci elektronicznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzaniem e-recepty (Dz. U. poz. 697), która udziela świadczeń finansowanych z zastosowaniem stawki kapitacyjnej w ramach których wystawione zostały recepty w postaci elektronicznej (w danym okresie sprawozdawczym), do rozliczenia mają zastosowanie ceny jednostek rozliczeniowych określone w l.p. 3.1b - 3.1e załącznika nr 1 do zarządzenia.

6. W przypadku świadczeniodawcy realizującego świadczenia, spełniającego łącznie wymagania określone w ust. 4 i 5, rozliczenia świadczeń dokonuje się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, o których mowa w l.p. 3.1f - 3.1i załącznika do zarządzenia.”;

5) w § 27 po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Finansowanie świadczeń dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w l.p. 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.

6) załącznik 1 nr do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

7) we wzorze umowy stanowiącej załącznik nr 2 do zarządzenia:

a) w § 1 w ust. 5 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. poz. 1756).”,

b) w § 10 w ust. 1 dodaje się pkt 6 i 7 w brzmieniu:

„6) ryczałt miesięczny w wysokości ..... zł (słownie .....zł)  
związany z zapewnieniem dostępności do świadczeń na obszarach wiejskich  
o małej gęstości zaludnienia;

7) ryczałt miesięczny w wysokości ..... zł (słownie .....zł)  
związany ze zgłaszalnością pacjentek zakwalifikowanych do realizacji świadczeń  
profilaktyki raka szyjki macicy.”,

c) w § 12 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Potwierdzeniem przeznaczenia środków, o których mowa w § 11 ust. 2,  
zgodnie z postanowieniami § 11 ust. 3, jest rachunek z realizacji umowy za okres  
sprawozdawczy wystawiony przez świadczeniodawcę; nieprzeznaczenie uzyskanych  
środków zgodnie z postanowieniami, o których mowa w § 11 ust. 3, skutkuje  
obowiązkiem ich zwrotu na podstawie noty księgowej wystawionej przez Oddział  
Funduszu oraz nałożeniem kary umownej w wysokości 5% wartości tych środków.”,

d) uchyla się załącznik nr 6 do zarządzenia;

8) dodaje się załącznik nr 20 do zarządzenia w brzmieniu określonym  
w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.** Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego  
Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia  
w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów zawartych ze  
świadczeniodawcami.

**§ 3.** Sposób rozliczania świadczeń, o których mowa w:

1) § 15 ust. 11 i 14;

2) § 19 ust. 8 i 9;

3) § 23 ust. 5 i 6

– zarządzenia zmienianego w § 1 znajduje zastosowanie do dnia 31 grudnia 2019 r.

**§ 4.** Przepisy § 1:

1) pkt 2 lit. a i lit. b w zakresie § 15 ust. 10, 12 i 13;

2) pkt 7 lit. b w zakresie § 10 ust. 1 pkt 7

- stosuje się do rozliczania świadczeń począwszy od dnia 1 kwietnia 2020 r.

**§ 5.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2019 r.

**p.o. PREZESA**

**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**  
**Zastępca Prezesa ds. Operacyjnych**

Adam Niedzielski