|  |
| --- |
| ***Projekt***z dnia 25 sierpnia 2022 r. |

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

z dnia .................... 2022 r.

**w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez centra medycznej pomocy doraźnej**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e 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.[[1]](#footnote-1)1)) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.**
**Postanowienia ogólne**

**§ 1.**Zarządzenie określa:

1) tryb zawierania i warunki realizacji umów o realizację programu pilotażowego w centrach medycznej pomocy doraźnej, zwanego dalej „pilotażem”, określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej (Dz. U. poz. …), zwanym dalej „rozporządzeniem”;

2) wzór umowy o realizację pilotażu - zwanej dalej "umową".

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

1) **centrum** – centrum medycznej pomocy doraźnej, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 i § 6 rozporządzenia;

2) **Fundusz** - Narodowy Fundusz Zdrowia;

3) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń znajdujących się w lokalizacji, o której mowa w § 2 pkt. 1 rozporządzenia;

4) **obszar działania centrum** – obszar o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia tożsamy z obszarem zabezpieczenia objętym umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej realizowaną przez realizatora programu pilotażowego przed dniem zawarcia umowy o realizację programu pilotażowego w centrach medycznej pomocy doraźnej;

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

6) **Ogólne warunki umów** - ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w załączniku do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

7) **rozporządzenie w sprawie podstawowej opieki zdrowotnej** - rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych.

**Rozdział 2.**
**Przedmiot umowy**

**§ 3.**1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 6 ust. 1 rozporządzenia, w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, odpowiednio dla zakresu świadczeń realizowanych przez centrum.

2. Fundusz zawiera umowę z realizatorem programu pilotażowego, o którym mowa w § 4 ust. 1 rozporządzenia, wskazanym w załączniku nr 1 do rozporządzenia, zwanym dalej „realizatorem pilotażu” lub „świadczeniodawcą”.

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

4. Odstępstwa od wzoru umowy pilotażowej wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

**Rozdział 3.**
**Tryb zawierania umów**

**§ 4.**1. Oddział Funduszu właściwy ze względu na obszar działania centrum, w terminie 4 dni od dnia wejścia w życie niniejszego zarządzenia, weryfikuje spełnienie przez realizatora pilotażu warunków wymaganych do realizacji pilotażu, określonych w załączniku nr 5 do rozporządzenia w sprawie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyłączeniem warunków dotyczących godzin realizacji świadczeń, oraz w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

2. Osoby przeprowadzające weryfikację sporządzają protokół z czynności weryfikacyjnych, potwierdzony przez osobę reprezentującą realizatora pilotażu lub osobę przez niego upoważnioną.

3. Dyrektor Oddziału Funduszu informuje realizatora pilotażu o spełnieniu albo niespełnieniu przez podmiot weryfikowany warunków wymaganych do realizacji programu pilotażowego (wynik weryfikacji).

4. W przypadku pozytywnego wyniku weryfikacji Fundusz niezwłocznie zawiera umowę z realizatorem pilotażu.

**§ 5.**1. W celu zawarcia umowy realizator pilotażu składa - do Oddziału Funduszu właściwego ze względu na obszar działania centrum - następując dokumenty:

1) oświadczenie, zgodne ze wzorem określonym w **załączniku nr 3** do zarządzenia;

2) oświadczenie o wpisach do rejestrów, zgodne ze wzorem określonym w **załączniku nr 4** do zarządzenia;

3) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń; realizator pilotażu może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym oświadczenie w przedmiocie obowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy;

4) wniosek w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony jest w **załączniku nr 5** do zarządzenia;

5) oświadczenie w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy – jeśli dotyczy;

6) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu realizatora pilotażu – w przypadku, gdy realizator pilotażu jest reprezentowany przez pełnomocnika.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, powinny pozostawać w zgodności ze stanem faktycznym i prawnym.

3. Kopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania realizatora pilotażu.

4. Dyrektor Oddziału Funduszu może zażądać przedstawienia oryginału dokumentu w przypadku, w którym kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej zgodności z oryginałem, a brak jest możliwości weryfikacji jej prawdziwości w inny sposób.

**§ 6.**1. Po złożeniu dokumentów, o których mowa w § 5 i pozytywnej ich weryfikacji Oddział Funduszu ustala z realizatorem pilotażu kwotę zobowiązania na okres realizacji pilotażu określony w § 8 pkt) 2 rozporządzenia.

2. Dyrektor oddziału Funduszu przesyła realizatorowi pilotażu projekt umowy w celu jej podpisania albo informuje o możliwości jej zawarcia w siedzibie oddziału Funduszu.

**Rozdział 4.**
**Zasady realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych w ramach programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez centra medycznej pomocy doraźnej**

**§ 7.**1. Realizator pilotażu obowiązany jest:

1) przez cały okres realizacji programu pilotażowego spełniać wymogi określone w **załączniku nr 2** do rozporządzenia;

2) udzielać świadczeń zgodnie z  rozporządzeniem oraz przepisami odrębnymi, w szczególności z **załącznikiem nr 5** do rozporządzenia w sprawie podstawowej opieki zdrowotnej, oraz z niniejszym zarządzeniem.

2. Realizator pilotażu zobowiązany jest do współpracy z platformą Domowej Opieki Medycznej (DOM), o której mowa w § 2 pkt. 2 rozporządzenia oraz realizacji czynności wskazanych w § 4 ust. 3 oraz § 5 ust. 4 rozporządzenia.

**§ 8.**1. Świadczenia mogą być udzielane przez realizatora pilotażu z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy pilotażowej.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania świadczeń jedynie w części zakresu będącego przedmiotem umowy pilotażowej.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania określone w przepisach rozporządzenia.

4. Umowa zawarta pomiędzy realizatorem pilotażu a podwykonawcą, zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy pilotażowej, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

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

6. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez realizatora pilotażu do oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

**§ 9.**1. Przy udzielaniu świadczeń, realizator pilotażu obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, realizator pilotażu zobowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

3. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 2, realizator pilotażu składa w oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

4. W przypadku niedopełnienia przez realizatora pilotażu obowiązku określonego w ust. 2, z przyczyn leżących po jego stronie, Fundusz może nałożyć na ten podmiot karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 4 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

5. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez realizatora pilotażu udzielania świadczeń na podstawie odrębnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu, upoważnienie, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w związku z zawarciem takiej umowy, zachowuje ważność.

**§ 10.**1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy pilotażowej.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

**§ 11.**1. Świadczenia objęte pilotażem, realizowane przez Centra, o których mowa w § 6 ust. 1 rozporządzenia rozliczane są ryczałtem, o którym mowa w § 7 pkt 1 lit. a i b rozporządzenia oraz ceną jednostkową, o której mowa w § 7 pkt 2 rozporządzenia, natomiast realizowane przez Centra o których w § 6 ust. 2 rozporządzenia rozliczane są ryczałtem, o którym mowa § 7 pkt 1 lit. a rozporządzenia.

2. Kwotę zobowiązania Funduszu stanowią:

1) ryczałt, o którym mowa w § 7 pkt 1 lit. a - korygowany z zastosowaniem współczynnika 1,2;

2) ryczałt, o którym mowa w § 7 pkt 1 lit. b – w wysokości 116 666,00 zł na miesiąc;

3) kwota przeznaczona na sfinansowanie procedur zabiegowych ambulatoryjnych, o których mowa w § 7 pkt 2, ustalona na podstawie cen jednostkowych zgodnie załącznikiem nr 3 do rozporządzenia.

**§ 12.**Rozliczanie świadczeń udzielanych w ramach programu pilotażowego odbywa się zgodnie z Katalogiem produktów rozliczeniowych/sprawozdawczych programu pilotażowego określonym w **załączniku nr 6** do zarządzenia.

**§ 13.**1. Realizator pilotażu obowiązany jest do przekazywania w formie elektronicznej, właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczeń Oddziałowi Funduszu raportów dotyczących aktualnej wartości wskaźników, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 7** do zarządzenia.

2. Raport, o którym mowa w ust. 1, sprawozdawany jest za każdy miesiąc realizacji świadczeń objętych pilotażem i przekazywany wraz z rachunkiem i raportem sprawozdawczym.

3. Dane dotyczące wartości wskaźników, o których mowa w ust. 1, winny być zgodne z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej określonej rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wydanym na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

4. Oddział Funduszu niezwłocznie po otrzymaniu raportu, o którym mowa w ust. 1 przekazuje do Centrali Funduszu jego kopię.

**§ 14.**Realizator pilotażu udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w centrum obowiązany jest do dokumentowania udzielanych świadczeń zgodnie z zasadami przyjętymi dla świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, z uwzględnieniem godziny zrealizowanych świadczeń.

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

2. Przekazanie danych o świadczeniach, o których mowa w ust. 1 odbywa się na zasadach ustalonych dla świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem czasu zrealizowanych świadczeń oraz istotnych procedur medycznych wg wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

3. Dane o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych poszczególnym osobom realizator pilotażu obowiązany jest przekazywać zgodnie z zakresami świadczeń i kodami świadczeń, określonymi w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy pilotażowej z uwzględnieniem wskazanych w **załączniku nr 6** do zarządzenia produktów statystycznych oraz rozliczeniowych.

4. Informacje, o których mowa w ust. 1 świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu w formie elektronicznej, w terminie do 10 dnia miesiąca następującego po upływie każdego okresu sprawozdawczego.

**§ 16.**1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie pilotażowej.

2. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.

3. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy pilotażowej.

**§ 17.**Realizator pilotażu zobowiązany jest do zamieszczenia w każdej komórce organizacyjnej wchodzącej w skład centrum oraz na swojej stronie internetowej informacji dotyczących zakresu działania centrum oraz zasad korzystania przez świadczeniobiorców ze świadczeń opieki zdrowotnej w nim realizowanych.

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

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

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr .................
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia....................2022 r.

**Katalog zakresów świadczeń**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zakresu świadczeń objętych pilotażem** | **Kod zakresu świadczeń pilotażowych** | **Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń pilotażowych** | **Uwagi** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *4* |
| 1 | świadczenia realizowane w centrach medycznej pomocy doraźnej – pilotaż – nocna i świąteczna opieki zdrowotnej | 18.0016.001.03 | ryczałt (R1) | Ryczałt o którym mowa w § 7 pkt 1) lit. a rozporządzenia |
| 2 | świadczenia realizowane w centrach medycznej pomocy doraźnej – pilotaż – porady specjalistyczne z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz chirurgii ogólnej | 18.0016.002.03 | ryczałt (R2) | Ryczałt o którym mowa w § 7 pkt 1) lit. b rozporządzenia |
| 3 | świadczenia realizowane w centrach medycznejpomocy doraźnej - pilotaż - procedury zabiegowe ambulatoryjne | 18.0016.003.02 | Punkt  | Wartość punktów (gdzie 1 pkt = 1 zł) określona zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia |

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr ....................
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia....................2022 r.

**UMOWA**

**Nr……...../……....**

**o realizację programu pilotażowego w centrach medycznej pomocy doraźnej**

zawarta w .............................................., dnia ................................................. roku, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa:** ........................................................................................................................................................

*(wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej)* ………………........………………………....

*(wskazanie stanowiska)* ........................................................ *(nazwa oddziału)* **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w** ................................*(adres)*, na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw1 nr ........................ z dnia .........../ i nr .................... z dnia / ....................../,

zwanym dalej **„Funduszem”**

a

...................................................................................................................................................,

*(oznaczenie realizatora programu, o którym mowa w § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej (Dz. U. z 2022 r. poz. .....)*

zwanego dalej **„realizatorem pilotażu”**, reprezentowanym przez

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

na obszarze działania centrum:……………………………………………………………………

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1.**1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrach medycznej pomocy doraźnej jest udzielanie przez realizatora pilotażu, świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ……………….. w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnionych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej (Dz. U. poz. …..), zwanym dalej „rozporządzeniem”.

2. Świadczenia objęte programem pilotażowym, o których mowa w ust. 1, określone są w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z rozporządzeniem, a ponadto zgodnie 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) udzielać świadczeń zgodnie z  rozporządzeniem oraz przepisami odrębnymi, w szczególności z **załącznikiem nr 5** do rozporządzenia w sprawie podstawowej opieki zdrowotnej, oraz z niniejszym zarządzeniem,

c) 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) z warunkami realizacji umów, określonymi w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez centra medycznej pomocy doraźnej.

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 2.**1. Świadczenia gwarantowane w zakresie objętym umową udzielane są przez realizatora pilotażu spełniającego wymagania określone w rozporządzeniu.

2. Dane o potencjale wykonawczym realizatora pilotażu przeznaczonym do realizacji umowy, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram-zasoby”.

3. Świadczenia mogą być udzielane przez realizatora pilotażu z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 ust. 3.

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

6. Umowa zawarta pomiędzy realizatorem pilotażu a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem” do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje realizatora pilotażu o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń w ramach programu oraz jej wynikach.

7. 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.

8. Fundusz jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli każdego podmiotu biorącego udział w realizacji niniejszej umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy.

9. Realizator pilotażu obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji wszystkich podmiotów biorących udział w realizacji umowy, służące wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz wymagany sprzęt.

10. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 9, należy dokonywać za pomocą udostępnianych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Funduszu, na zasadach i warunkach określonych przez Prezesa Funduszu w zarządzeniu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

11. Realizator pilotażu jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

**§ 3.**Realizator pilotażu, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone z związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ustawy o świadczeniach.

**WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ**

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

2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń objętych programem pilotażowym w okresie rozliczeniowym, o którym mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

3. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego:………………………………………………. nr………………………………………………………………….…………..…………..…

4. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 3, wymaga uprzedniego złożenia przez realizatora pilotażu, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór określony jest w **załączniku nr 4** do umowy.

5. Rachunki z tytułu realizacji umowy realizator pilotażu może przesyłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

**INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW**

**§ 5.**1. Realizator pilotażu jest zobowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym, następujących danych:

1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);

2) wszystkich procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9) – w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

2. Informację, o której mowa w ust. 1, realizator pilotażu przekazuje do Oddziału Funduszu comiesięcznie w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu.

**KARY UMOWNE**

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

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na realizatora pilotażu 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 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 realizatora pilotażu karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na realizatora pilotażu karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

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

6. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

**OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

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

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę z trzymiesięcznym 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 rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 1.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ......................................... | ............................................. |
| Realizator pilotażu | Fundusz |

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** – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego.

Załącznik Nr 1 do umowy

|  |  |
| --- | --- |
| **PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr ….  do umowy nr ……………………….. rodzaj  świadczeń:………………………………………………….                                                                    wersja ……** | **Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:………..OW NFZ** |
| Nr identyfikacyjny Świadczeniodawcy nadany przez NFZ |  |
| Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |  |
| **Okres rozliczeniowy od………… do………………….** |
| Pozycja | Podstawa \* | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń z określeniem obszaru zabezpieczenia | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) |  |
| Okres rozliczeniowy od………… do………………….\*\* |
| Pozycja | Podstawa \* | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń z określeniem obszaru zabezpieczenia | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) |  |
| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje |
| Razem pozycje | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) |
| Styczeń |  | Luty |  | Marzec |  | Kwiecień |  |
| Maj |  | Czerwiec |  | Lipiec |  | Sierpień |  |
| Wrzesień |  | Październik |  | Listopad |  | Grudzień |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje |
| Pozycja |  | Kod zakresu |  | Nazwa zakresu |  |
|  | Styczeń | Luty | Marzec |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
|  | Kwiecień | Maj | Czerwiec |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
|  | Lipiec | Sierpień | Wrzesień  |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
|  | Październik | Listopad | Grudzień |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
| data sporządzenia  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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** |
|  |  |  | **Załącznik nr …… do umowy nr ………………………………….** |  |  |  |
|  |  |  | **rodzaj  świadczeń:………………………………………………….** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pozycja |  | Kod zakresu |  | Nazwa zakresu z określeniem obszaru zabezpieczenia |  |
| **I. Miejsce udzielania świadczeń** |
| Kod miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (a) | Id podwyk. (b) | Nazwa miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów  (c) | Adres miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów  (d) | VII cz.KR\* (e) | VIII cz.KR\* (f) | Profil IX-X cz.KR\* (g) | Status\*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II. Personel** |
| ID osoby (a) | Nazwisko (b) | Imiona (c) | PESEL (d) | Zawód/specjalność (e) | St.specjal. (f) | NPWZ (g) | Status\*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dostępność osoby personelu |
| pn (h) | wt (i) | śr (j) | czw (k) | pt (l) | sob (m) | nd (n) | Typ harmonogramu\*\*\*(o) | Tyg. lb. godzin (p) | Obowiązuje od (r) | Obowiązuje do (s) |  |
|  |  |  |  |  |  |  | P\*\*\*\* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | D\*\*\*\* |  |  |  |  |
| **III. Sprzęt** |
| Id sprzętu (a) | Nazwa sprzętu (b) | Ilość (c) | Nr seryjny (d) | Rok produkcji (e) | Rodzaj dostępności (f) | Dostępny od (g) | Dostępny do (h) | Status\*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IV. Pojazdy\*\*\*\*** |
| Id pojazdu (a) | Nazwa pojazdu (b) | Nr rejestracyjny (c) | Rok produkcji (d) | Dostępny od (e) | Dostępny do (f) | Status\*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 2022r. poz. 633, 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  |  |  |  |  |  |  |

Załącznik Nr 3 do umowy

|  |
| --- |
| **WYKAZ PODWYKONAWCÓW** |
| **Załącznik nr …..  do umowy nr …………………………** |
| **rodzaj  świadczeń:……………………………………….** |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY** |  |
| **Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy** |
| Nazwa |  |
| Adres siedziby |  |
| Kod terytorialny i nazwa  |  |
| REGON |  | NIP |  |
| Forma organizacyjno-prawna (cześć IV KR)  |  |
| Osoba/y uprawniona do reprezentowania   |  | Telefon |  |
| **Dane rejestrowe podwykonawcy** |
|  Rodzaj rejestru |  | Nr wpisu do rejestru              |  |
| Organ rejestrujący |  |  Data wpisu  |  |
|  Data ostatniej aktualizacji  |  |
| **Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa** |
| Umowa/promesa |  |
| Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa |  | Pozycja/e umowy |  |
| Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa |  | Przedmiot świadczeń podwykonywanych |  |
| Opis przedmiotu podwykonawstwa |  |
| Data sporządzenia  |  |  |  |
| 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\* | …………………………………………………………….………… |
| \* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem   |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr .........
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia .................... 2022 r.

Dane Wnioskodawcy:

Nazwa: …………………………………………….

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

**Oświadczam, że:**

1) zapoznałem się z przepisami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez centra medycznej pomocy doraźnej i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;

2) zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 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.);

3) zapoznałem się i akceptuję wzór umowy określony w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w pkt 1;

4) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia objęte umową;

5) spełniam w każdym miejscu udzielania świadczeń warunki wymagane do realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;

6) dane przedstawione we wniosku i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;

7) złożyłem wymagane zarządzeniem, o którym mowa w pkt 1, dokumenty i wnoszę o podpisanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum medycznej pomocy doraźnej.

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

(miejscowość, data)

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

(pieczątka, podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania wnioskującego)

*\*właściwe zaznaczyć*

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr .........
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia....................2022 r.

Dane Wnioskodawcy:

Nazwa: …………………………………………….

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….………………….

Nr REGON: …………………….……………..

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WPISACH DO REJESTRÓW**

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego w centrum medycznej pomocy doraźnej, jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:

- prowadzonego przez ……………………………………………………………………,

pod numerem .………………………………………… .

- nie dotyczy

2. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego w centrum medycznej pomocy doraźnej, jestem wpisany do\*:

- Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem …………………………………….…….. .

- nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako składający wniosek o realizację programu pilotażowego w centrum medycznej pomocy doraźnej, jestem wpisany do\*:

- Ewidencji Działalności Gospodarczej,

prowadzonej przez ……………………………………………………………………………,

pod numerem ……………………………………………. .

- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

- nie dotyczy

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

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis wnioskodawcy)

*\* właściwe zaznaczyć*

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr .........
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia....................2022 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:

**o realizację programu pilotażowego w centrum medycznej pomocy doraźnej**

zawartej na okres ……………………………………..................…………………………………………

Nr rachunku bankowego ………………...…………......................………………….…………………...

Dane posiadacza rachunku bankowego …………………….....................……………………………….

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

……………………………………………………

Podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr .........
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia....................2022 r.

|  |
| --- |
| **KATALOG  PRODUKTÓW  ROZLICZENIOWYCH/STATYSTYCZNYCH PROGRAMU PILOTAŻOWEGO** |
| L.p. | Kod zakresu  | Nazwa zakresu świadczeń | Kod produktów statystycznych/ rozliczeniowych | Nazwa produktów rozliczeniowych  | Jednostka rozliczeniowa | Uwagi odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *14* |
| 1 | 18.0016.001.03 | świadczenia realizowane w centrach medycznej pomocy doraźnej – pilotaż – świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | 5.64.01.0000001 | PORADA LEKARSKA AMBULATORYJNA - PILOTAŻ | RYCZAŁT (R1) w zł | Rozliczenie i finansowanie zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu - ryczałt miesięczny wskazany w § 7 ust. 1 pkt 1 lit. a - korygowany o współczynnikiem o którym mowa w ust. 2. |
| 5.64.01.0000002 | PORADA LEKARSKA UDZIELONA W MIEJSCU ZAMIESZKANIA LUB POBYTU ŚWIADCZENIOBIORCY - PILOTAŻ |
| 5.64.01.0000003 |  PORADA LEKARSKA UDZIELONA TELEFONICZNIE - PILOTAŻ |
| 5.64.01.0000004 | WIZYTA PIELĘGNIARSKA AMBULATORYJNA - PILOTAŻ |
| 5.64.01.0000005 | WIZYTA PIELĘGNIARSKA UDZIELONA W  MIEJSCU ZAMIESZKANIA LUB POBYTU ŚWIADCZENIOBIORCY - PILOTAŻ |
| 5.64.01.0000006 | PORADY W ZAKRESIE PEDIATRII - PILOTAŻ |
| 2 | 18.0016.002.03 | świadczenia realizowane w centrach medycznej pomocy doraźnej – pilotaż – porady specjalistyczne z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz chirurgii ogólnej | 5.64.01.0000007 | PORADA Z ZAKRESU CHIRURGII - PILOTAŻ | RYCZAŁT (R2) w zł | Rozliczenie i finansowanie zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu - ryczałt określony w § 7 ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia |
| 5.64.01.0000008 | PORADA Z ZAKRESU ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU - PILOTAŻ |
| 3 | 18.0016.003.02 | świadczenia realizowane w centrach medycznej pomocy doraźnej – pilotaż – procedury zabiegowe ambulatoryjne | 5.64.01.0000009 | WYŁUSZCZENIE KAMIENIA Z PRZEWODU ŚLINIANKI - PILOTAŻ | punkt | Rozliczenie i finansowanie zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu - wartość punktów określona w załączniku nr 3 do rozporządzenia |
| 5.64.01.0000010 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO Z MIGDAŁKA PODNIEBIENNEGO I MIGDAŁKA GARDŁOWEGO BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000011 | SZYCIE RANY JĘZYKA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000012 | SZYCIE RANY WARGI - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000013 | SZYCIE RANY JAMY USTNEJ – INNE - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000014 | NACIĘCIE POWIERZCHNIOWO, PODŚLUZÓWKOWO LUB PODSKÓRNIE LEŻĄCEGO ROPNIA WŁĄCZNIE Z DRENAŻEM I OPATRUNKIEM - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000015 | NACIĘCIE UCHA ZEWNĘTRZNEGO – INNE - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000016 | SZYCIE RANY UCHA ZEWNĘTRZNEGO - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000017 | SZYCIE RANY NOSA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000018 | NACIĘCIE ROPNIA OKOŁOODBYTOWEGO - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000019 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZŁAMANIA BEZ WEWNĘTRZNEJ STABILIZACJI – KOŚĆ RAMIENNA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000020 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZŁAMANIA BEZ WEWNĘTRZNEJ STABILIZACJI – KOŚĆ PROMIENIOWA/ŁOKCIOWA (RAMIĘ - INNE) - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000021 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZŁAMANIA BEZ WEWNĘTRZNEJ STABILIZACJI – KOŚCI NADGARSTKA I KOŚCI ŚRÓDRĘCZA (RĘKA) - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000022 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZŁAMANIA BEZ WEWNĘTRZNEJ STABILIZACJI – PALICZKI RĘKI - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000023 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZŁAMANIA BEZ WEWNĘTRZNEJ STABILIZACJI – KOŚĆ PISZCZELOWA/KOŚĆ STRZAŁKOWA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000024 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZŁAMANIA BEZ WEWNĘTRZNEJ STABILIZACJI – KOŚCI STĘPU/KOŚCI ŚRÓDSTOPIA (NOGA) - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000025 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZŁAMANIA BEZ WEWNĘTRZNEJ STABILIZACJI –PALICZKI STOPY - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000026 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZŁAMANIA BEZ WEWNĘTRZNEJ STABILIZACJI – INNE WYSZCZEGÓLNIONE KOŚCI (OBOJCZYK) - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000027 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZŁAMANIA BEZ WEWNĘTRZNEJ STABILIZACJI – INNE WYSZCZEGÓLNIONE KOŚCI (ŻEBRA) - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000028 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZŁAMANIA BEZ WEWNĘTRZNEJ STABILIZACJI – INNE WYSZCZEGÓLNIONE KOŚCI (RZEPKA) - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000029 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZWICHNIĘCIA BARKU - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000030 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZWICHNIĘCIA ŁOKCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000031 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZWICHNIĘCIA NADGARSTKA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000032 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZWICHNIĘCIA RĘKI I PALCÓW - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000033 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZWICHNIĘCIA KOLANA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000034 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZWICHNIĘCIA KOSTKI - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000035 | ZAMKNIĘTE NASTAWIENIE ZWICHNIĘCIA STOPY I PALCÓW - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000036 | UWOLNIENIE WIĘZADŁA – RĘKA I PALCE - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000037 | ZAŁOŻENIE INNEGO UNIERUCHOMIENIA GIPSOWEGO - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000038 | ZAŁOŻENIE SZYNY Z GIPSEM - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000039 | ZAŁOŻENIE SZYNY KRAMERA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000040 | ZAŁOŻENIE INNEJ SZYNY UNIERUCHAMIAJĄCEJ - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000041 | WYMIANA OPATRUNKU UNIERUCHAMIAJĄCEGO KOŃCZYNY GÓRNEJ - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000042 | WYMIANA OPATRUNKU UNIERUCHAMIAJĄCEGO KOŃCZYNY DOLNEJ - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000043 | WYMIANA OPATRUNKU UNIERUCHAMIAJĄCEGO INNEJ OKOLICY - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000044 | NACIĘCIE LUB DRENAŻ SKÓRY LUB TKANKI PODSKÓRNEJ – INNE - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000045 | ASPIRACJA STAWU - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000046 | ASPIRACJA Z TKANEK MIĘKKICH RĘKI – INNE - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000047 | ASPIRACJA Z TKANEK MIĘKKICH – INNE - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000048 | ASPIRACJA ROPNIA PAZNOKCIA, SKÓRY LUB TKANKI PODSKÓRNEJ - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000049 | ASPIRACJA KRWIAKA PAZNOKCIA, SKÓRY LUB TKANKI PODSKÓRNEJ - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000050 | ASPIRACJA NAGROMADZENIA PŁYNU SUROWICZEGO POD PAZNOKCIEM, SKÓRĄ LUB TKANKĄ PODSKÓRNĄ - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000051 | USUNIĘCIE PAZNOKCIA, ŁOŻYSKA PAZNOKCIA LUB OBRĄBKA NASKÓRKOWEGO - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000052 | SZYCIE POJEDYNCZEJ RANY SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ, DŁUGOŚCI DO 4,0 CM - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000053 | SZYCIE POJEDYNCZEJ RANY SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ, DŁUGOŚCI POWYŻEJ 4,0 CM - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000054 | SZYCIE LICZNYCH RAN SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ, PONIŻEJ 4 RAN - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000055 | SZYCIE LICZNYCH RAN SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ, 4 RAN I POWYŻEJ - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000056 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO ZE ŚWIATŁA JAMY USTNEJ BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000057 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO ZE ŚWIATŁA UCHA BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000058 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO ZE ŚWIATŁA NOSA BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000059 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO ZE ŚWIATŁA GARDŁA BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000060 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO ZE ŚWIATŁA POCHWY BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000061 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO ZE ŚWIATŁA CEWKI MOCZOWEJ BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000062 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO BEZ NACIĘCIA – INNE - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000063 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO ZE SROMU BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000064 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO Z PRĄCIA ALBO MOSZNY BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000065 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO Z TUŁOWIA, Z WYJĄTKIEM MOSZNY, PRĄCIA LUB SROMU – BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000066 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO Z RĘKI BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000067 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO Z KOŃCZYNY GÓRNEJ, Z WYJĄTKIEM DŁONI – BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000068 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO ZE STOPY BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000069 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO Z NOGI, Z WYJĄTKIEM STOPY – BEZ NACIĘCIA - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000070 | USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO ZE SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ Z NACIĘCIEM - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000071 | ZAŁOŻENIE OPATRUNKU NA RANĘ – INNE - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000072 | WYMIANA TAMPONU LUB DRENU W RANIE - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000073 | PRZEDNIA TAMPONADA NOSA PRZY KRWOTOKU - PILOTAŻ | punkt |
| 5.64.01.0000074 | WLEW DOŻYLNY INNEJ SUBSTANCJI LECZNICZEJ - PILOTAŻ | punkt |

Załącznik Nr 7 do zarządzenia Nr .........
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia....................2022 r.

|  |
| --- |
| **WSKAŹNIKI REALIZACJI PROGRAMU W ZAKRESIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ZAPEWNIANYCH PRZEZ CENTRA MEDYCZNE POMOCY DORAŹNEJ** |
| **Miesiąc: ………** |
| LP. | WSKAŹNIK REALIZACJI | LICZBA | UWAGI |
| 1. | Liczba świadczeniobiorców, którzy uzyskali świadczenie |  | zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia |
| 2. | Liczba świadczeniobiorców, którzy przed skorzystaniem ze świadczeń centrum, korzystali ze świadczeń platformy pierwszego kontaktu |  | zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia |
| 3. | Liczba świadczeniobiorców skierowanych do szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz izb przyjęć |  | zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 2 lit. j rozporządzenia |
| 4. | Liczba wykonanych badań | RTG |  | zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 2 lit. f rozporządzenia |
| USG |  | zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 2 lit. g rozporządzenia |
| 5. | Liczba wykonanych badań laboratoryjnych  | Badania hematologiczne |  | zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 2 lit. h rozporządzenia |
| Badania biochemiczne i immunochemiczne |  |
| Badania moczu |  |
| Badania układu krzepnięcia |  |

**Uzasadnienie**

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez centra medycznej pomocy doraźnej stanowi wykonanie upoważnienia określonego w art. 48e 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.).

Wydanie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia związane jest z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 1734).

Proponowane w zarządzeniu rozwiązania dotyczą zasad realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

W związku z powyższym w zarządzeniu określono w szczególności:

- sposób zawarcia umów na realizację programu pilotażowego w centrach medycznej pomocy doraźnej z 3 realizatorami wskazanymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia;

- zasady weryfikacji spełnienia przez realizatorów pilotażu warunków wymaganych do jego realizacji określonych w załączniku nr 5 do rozporządzenia;

- wzór umowy na realizację programu pilotażowego, stanowiący załącznik nr 2 do zarządzenia;

- zasady realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych w ramach programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez centra medycznej pomocy doraźnej;

- katalog zakresów świadczeń objętych programem pilotażowym;

- katalog produktów rozliczeniowych/statystycznych programu pilotażowego.

Świadczenia realizowane w centrum finansowane są na zasadach określonych w § 7 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Etap realizacji programu pilotażowego, zgodnie z § pkt 2 powyższego rozporządzenia Ministra Zdrowia trwa od dnia podpisania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia umów ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego do dnia 30 listopada 2022 r.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców.

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

1. 1) 1) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 658, 655, 807, 974, 1002, 1079, 1265 i 1352 [↑](#footnote-ref-1)