



Narodowy Fundusz Zdrowia

**Proces zawierania i rozliczania umowy w zakresie:
świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej**

**Andrzej Zakrzewski
Dyrektor Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ**

Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej (OK)

Przepisy prawa:

- **Zarządzenie Nr 124/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2022 r.** zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej **w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.**
- **Zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r.** w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: podstawowej opieki zdrowotnej ze zm.- dalej zwaną ustawą w sprawie poz.
- Przepisy rozdziału 13 w/w zarządzenia określają sposób składania wniosków w sprawie zawierania umów w poz.

Mają one również zastosowanie w przypadku rozszerzenia umowy o nowy zakres: **świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej.**

Przystąpienie do realizacji zakresu: świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej jest dobrowolne.

Aplikacja ofertowa


- Warunkiem realizacji zakresu jest złożenie wniosku do Oddziału Funduszu zgodnie z opublikowanym oprogramowaniem tj. aplikacją ofertową.
- Wnioski mogą być składane w ciągu całego roku kalendarzowego.
- Prawidłowo złożone wnioski rozpatrywane są w terminie 20 dni od dnia ich złożenia. Umowa obowiązuje od pierwszego dnia okresu sprawozdawczego następującego po dniu jej zawarcia.
- Dla przykładu: wniosek złożony do 10 dnia miesiąca np. miesiąca grudnia:
 - 20 dni trwa rozpatrywanie wniosku, czyli do 30 grudnia
 - od 1 stycznia zawarcie umowy.

Aplikacja ofertowa cd.

- Oddziały Funduszu NFZ opublikowały na stronie internetowej (w przeglądarce postępowań) aplikacje na podstawie, której należy złożyć wniosek o rozszerzenie umowy.
- Formularz wniosku (ofertowy) należy sporządzić z zastosowaniem aplikacji obsługującej postępowanie dostępnej na stronie OW.

Opublikowane postępowanie -zrzut ekranu z przeglądarki postępowań

System: Sikch
(wersja: 2022.03.04.01)

Lista postępowań Inne oddziały  System ▾

OW NFZ W OLSZTYNIE

Lista postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Rok: 2022 Bieżący status: -- wszystkie -- Data ogłoszenia: rrrr-mm-dd - rrrr-mm-dd

Tryb postępowania: Art. 159 ust. Przedmiot postępowania: rodzaj świadczeń PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Obejmujące obszar: -- wszystkie --

Postępowanie ma protesty Tak Postępowanie ma odwołania Tak

Numer postępowania: Zawiera: 274

Szukaj **Złicz rekordy**

Bieżący zakres pozycji: 1 - 20

Lp.	Status	Numer postępowania	Tryb postępowania	Przedmiot postępowania	Obszar	Wielkość populacji	Umowy na okres od Umowy na okres do
1.	OGŁOSZONE ogłoszenia zapytania ofertowe	14-22-000274/POZ /0113/06 Data publikacji: 2022-10-10	Art. 159 ust.	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA zakresy świadczeń	Grupa powiatów POZ ODDZIAŁ OLSZTYN lista powiatów	O: - D: -	P: 2022-11-01 K: nieoznaczona

Opublikowane postępowanie – zrzut ekranu z Portalu Publicznego o postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Portal Publiczny 2021.12.1.3006

A A+ A++

Lista postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

[Powrót](#) [Pomoc](#)

Wyszukiwanie postępowań

Ustaw odpowiednie warunki wyszukiwania i przyciśnij przycisk "Szukaj" w celu odświeżenia listy postępowań.

Status postępowania: Data ogłoszenia (od): -

Rodzaj świadczenia: (wybierz rodzaj świadczenia)

Przedmiot umowy: (wybierz przedmiot umowy)

Zakres świadczeń:

Obszar objęty postępowaniem:

Tryb postępowania: Numer postępowania:

Oferenci:

Postępowania mające protesty/odwołania

Liczba znalezionych postępowań spełniających kryteria: 1

Numer postępowania	Status postępowania	Opis postępowania	Przedmiot postępowania	Obszar konkursu	Uwagi do obszaru objętego postępowaniem	Okres umów (od-do)
11-22-000113/POZ/0113/6	Ogłoszenie	Zawarcie umów w Podstawowej Opiece Zdrowotnej od 1 października 2022 na czas nieoznaczony	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	Brak podziału - cały obszar OW		01.10.2022 -

Co zawiera wniosek o rozszerzenie umowy?

Wniosek składa się z 2 części:

- Pierwsza część wniosku wygenerowana na podstawie aplikacji obsługującej postępowanie tj.
 - ✓ wydrukowany formularz zgodny z jego postacią elektroniczną
- Druga część wniosku: dokumenty i oświadczenia o których mowa w § 47 zarządzenia Prezesa.

Co zawiera wniosek o rozszerzenie umowy?

Formularz elektroniczny

Formularz elektroniczny zawiera:

- ✓ dane identyfikujące wnioskującego,
- ✓ wykaz personelu z opisem kompetencji zgłoszonego do realizacji świadczeń,
- ✓ wykaz sprzętu.

Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej przewidują wykonywanie świadczeń przez:

- ✓ lekarza poz,
- ✓ pielęgniarkę poz,
- ✓ lekarza specjalistę w zależności od rodzaju chorób przewlekłych, które będą objęte budżetem powierzonym- określonego w zał. 6 rozporządzenia MZ z dnia 15.09.2022 r. (Dz. U. poz.1965),
- ✓ dietetyka.

Osoby personelu, które będą realizowały świadczenia należy wykazać w harmonogramie- zasoby ze średniotygodniowym harmonogramem pracy (bez wskazywania szczegółowo dni i godzin pracy).

Po wypełnieniu odpowiednich pól w aplikacji należy je zatwierdzić, zapisać w postaci elektronicznej na nośniku elektronicznym i wydrukować. Wydrukowany formularz wniosku wraz z nośnikiem elektronicznym stanowią I część wniosku.

Elementy formularza wniosku o zawarcie umowy w poz

- I. Dane identyfikujące wnioskującego,
- II. Przedmiot umowy, którego dotyczy wniosek,
- III. Wykaz podwykonawców
- IV. Wykaz miejsc udzielania świadczeń
- V. Wykaz personelu
- VI. Wykaz sprzętu

Poniżej prezentujemy zrzuty poszczególnych elementów wniosku.

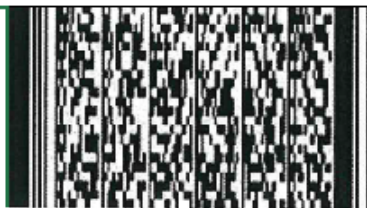
NUMER WNIOSKU: 111111, NUMER POSTĘPOWANIA 2222222

[Data przygotowania wniosku]

FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W POZ

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W POZ

I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO



Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskującego - świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	

Dane rejestrowe

Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	

Certyfikaty

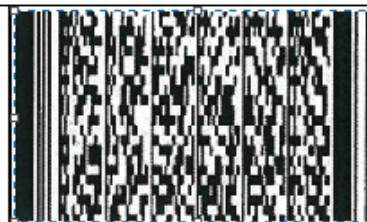
Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	

NUMER WNIOSKU: 111111, NUMER POSTĘPOWANIA 222222

[Data przygotowania wniosku]

FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W POZ

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK



ZAKRES WNIOSKU **

Kod przedmiotu postępowania	01.0010.120.11	Nazwa przedmiotu postępowania	BUDŻET POWIERZONY OPIEKI KOORDYNOWANEJ	Populacja	
-----------------------------	----------------	-------------------------------	--	-----------	--

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA

UNIKALNY WYRÓZNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń			
	Adres miejsca		Teryt	
	Kod komórki org. (część VII KR)		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)	

Obszar działania *

Kod obszaru	Nazwa obszaru	Populacja

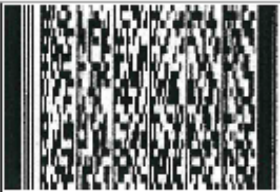
Dostępność

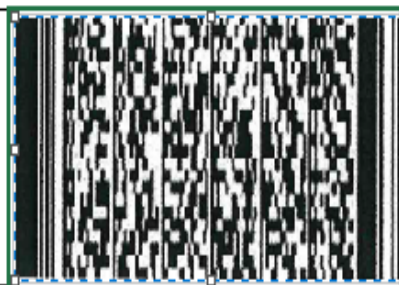
Dostępność profilu medycznego/zakresu rzeczowego						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
Harmonogram dostępności wizyt domowych						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz

Personel

<Unikalny wyróżnik osoby z wykazu>	Nazwisko			
	Imiona		PESEL	

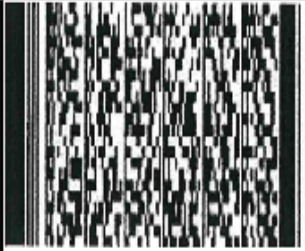
FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W POZ

III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW			
UNIKALNY WYRÓZNIK			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część 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	
		Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	
Przedmiot świadczeń podwykonywanych		Opis	

FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W POZ**IV. WYKAZ MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

Unikalny wyróżnik miejsca		Wyróżnik podwykonawcy		Miejsce działania	
Dane miejsca udzielania świadczeń					
Nazwa					
Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)			
Lokalizacja					
Adres				Kod terytorialny	
Dane profili medycznych miejsca udzielania świadczeń					
Unikalny wyróżnik profilu	Kod profilu	Nazwa profilu			

FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W POZ

V. WYKAZ PERSONELU						
						
Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Miesięczny, średni godzinowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa				Nr Prawa Wyk. Zawodu		
Zawody / specjalności						
Nazwa			Stopień specjalizacji	Data uzyskania	Data otwarcia	
Kompetencje						
Nazwa				Data uzyskania		
Doświadczenie zawodowe						
Nazwa						

Co zawiera wniosek o rozszerzenie umowy?

Dokumenty i oświadczenia

Potrzebne dokumenty i oświadczenia:

- ✓ Oświadczenie – *Wzór podpisu i parafy osoby podpisującej wydruk formularza wniosku* – załącznik nr 10 do zarządzenia w sprawie poz
- ✓ Oświadczenie wnioskującego o wpisach do rejestrów zgodnie z zał. nr 12 do zarządzenia,
- ✓ Oświadczenie wnioskującego zgodnie z zał. nr 13 zarządzenia,

Z uwagi na fakt, że przedmiotowy wniosek nie dotyczy zawarcia nowej umowy a jedynie rozszerza ją o nowy zakres nie należy składać wszystkich dokumentów wymienionych w § 47 zarządzenia np. tj. kopia polisy itp.

Dodatkowe dokumenty:

- ✓ potwierdzające posiadane kwalifikacje przez lekarza specjalistę i dietetyka oraz
- ✓ umowy o nawiązaniu współpracy z powyższymi pracownikami medycznymi

W przypadku braków formalnych lub innych wątpliwości zespół rozpatrujący wnioski w Oddziale Funduszu wystąpi listownie lub emailem do wnioskodawcy celem uzupełnienia/wyjaśnienia wniosku.

Przypominamy, że strony wniosku tj. wydrukowanego formularza ofertowego jak i dokumentów dołączonych z części II wniosku muszą być ponumerowane i podpisane przez osobę reprezentującą podmiot.

Wzory dokumentów formalnych, które należy dołączyć do wniosku

Załącznik nr 10

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY PODPISUJĄCEJ WYDRUK FORMULARZA
WNIOSKU ELEKTRONICZNEGO
LUB WNIOSKU**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIE WNIOSKUJĄCEGO O WPISACH DO REJESTRÓW

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem*:
 - 1) podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez, pod numerem
 - 2) praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez, pod numerem
 - 3) osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.
 †nie dotyczy**
2. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej jestem wpisany do*:
 - †Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem
 - †nie dotyczy
3. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem wpisany do*:
 - †Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
 - †nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 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.).

.....
Miejscowość, data

.....
Oznaczenie wnioskującego

* właściwe zaznaczyć

** możliwe wyłącznie w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, nie będących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ustawy

Dane Wnioskującego:

Nazwa:
adres:
nr telefonu:

OŚWIADCZENIA WNIOSKUJĄCEGO

Oświadczam, że jako wnioskujący:

- 1) zapoznałem się z warunkami zawierania umów 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;
- 3) zapoznałem się i akceptuję wzór umowy określony w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) zapoznałem się z regulaminem technicznym przygotowania wniosku określonym przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) zapoznałem się z aplikacją informatyczną obsługującą postępowanie określoną przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w regulaminie technicznym przygotowania wniosku;
- 6) posiadam tytuł prawny do korzystania z:
 - a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,
 - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
- 7) w przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz, posiadam tytuł prawny do korzystania ze:
 - a) środków transportu sanitarnego zgłoszonych do realizacji umowy;
 - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego;
- 8) będę wykonywał świadczenia objęte umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 6;
- 9) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
- 10) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
- 11) dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 12) nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

.....
(miejscowość, data)

.....
Oznaczenie wnioskującego

Ostatni etap przygotowania wniosku

Wydrukowany formularz wniosku oraz nośnik elektroniczny z wnioskiem elektronicznym należy umieścić w odrębnej kopercie.

Opis koperty powinien zawierać informacje:

- a) wyraz: „wniosek”,
- b) nazwę i adres wnioskującego
- c) kod i przedmiot postępowania

Tak przygotowaną kopertę należy umieścić w kolejnej kopercie lub innym opakowaniu, zawierającym pozostałe dokumenty formalne, o których mowa w § 47 zarządzenia w sprawie poz.

Tak przygotowaną kopertę oznaczyć informacją, zgodną ze wzorem określonym w załączniku nr 11 do zarządzenia.

OZNACZENIE WNIOSKU

<p>NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA Oddział Wojewódzki NFZ w WNIOSEK o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na okres</p> <p>.....</p> <p>(świadczenia będące przedmiotem wniosku)</p> <p>.....</p> <p>(kod postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o naborze wniosków)</p> <p>(pełna nazwa wnioskującego - zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny wnioskującego*)</p> <p>(adres siedziby wnioskującego - zgodny z właściwym rejestrem)</p> <p>(wnioskujący – oznaczenie wnioskującego, data)</p> <p>Wydruk formularza rejestracyjnego z kodem paskowym (należy przykleić lub nadrukować)*</p>

* o ile występuje

Zawarcie aneksu rozszerzającego umowę o nowy zakres

Po rozpatrzeniu wniosku nastąpią czynności, tj.:

- ✓ dodanie do umowy zakresu: świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej,
- ✓ określenie wysokości budżetu powierzonego dla każdego miesiąca oddzielnie okresu rozliczeniowego.
W umowach na 2023 rok budżet zostanie określony na I półrocze,
- ✓ dodanie do elektronicznej wersji umowy pakietu z wykazem świadczeń przeznaczonych do rozliczenia wykonanych usług,
- ✓ sporządzenie aneksu do umowy zawierającego nowy zakres i przekazanie go do świadczeniodawcy celem podpisania.

Ważne:

Przy pierwszorazowym ustalaniu wartości budżetu powierzonego opieki koordynowanej oddział NFZ uwzględnia:

- wielkość populacji;
- strukturę wiekową;
- szacowaną średnią liczbę świadczeń objętych budżetem powierzonym, wykonywanych w populacji, z uwzględnieniem struktury wiekowej;
- lekarzy specjalistów, o których mowa w załączniku nr 6 rozporządzenia MZ, wskazanych w formularzu wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w poz.

Centrala NFZ przygotowała kalkulator, który umożliwi OW NFZ ustalenie wartości budżetu powierzonego dla danego świadczeniodawcy.

Sposób rozliczania świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej

- Wysokość budżetu powierzonego opieki koordynowanej podobnie jak budżetu powierzonego diagnostycznego jest określana do zawartej ze świadczeniodawcą umowy a nie do miejsca udzielania świadczeń,
- **Środki finansowe zawarte w budżecie rozliczane będą narastająco**, tzn. niewykorzystane w określonym miesiącu będzie można wykorzystać w następnych miesiącach trwania umowy.
- Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia i przekazywania celem rozliczenia realizacji umowy m.in.:
 1. informacji zawierającej każdorazowo aktualne dane, w formie list, o wszystkich świadczeniobiorcach, objętych opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy,
 2. Informacji o świadczeniach udzielonych w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej.
- ✓ informacji **Podstawa prawna: § 10 zarządzenia w sprawie poz**

Ad. 1

- Listy deklaracji pacjentów przekazywane są komunikatem XML typu DEKL – „Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ / KAOS”), w okresach miesięcznych, według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego, w terminie do 7. dnia każdego okresu sprawozdawczego.
- Na podstawie tego komunikatu OW obliczy należność za świadczenia rozliczane stawką kapitacyjną oraz wynagrodzenie dla koordynatora o którym mowa w § 39 ust. 2 zarządzenia w sprawie poz.

Ad. 2

- Informacje o udzielonych świadczeniach w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej będą przekazywane w formie elektronicznej comiesięcznie, w formie wymiany danych komunikatem XML typu SWIAD „Komunikat szczegółowy NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych” w terminie do 10. dnia po upływie każdego okresu sprawozdawczego.
- Rozliczenie będzie się odbywać analogicznie jak innych usług sprawozdawanych komunikatem XML do PESEL świadczeniobiorcy jak np. pacjentów spoza listy świadczeniobiorców. Należy wskazać zrealizowane świadczenia stosując kod usługi i wycenę zgodnych z pakietem świadczeń, którego fragment przedstawiono poniżej.

Pakiet świadczeń przeznaczony do rozliczeń budżetu powierzonego opieki koordynowanej

- Celem zobrazowania sposobu rozliczania świadczeń poniżej prezentujemy katalog świadczeń do rozliczenia grupy chorób w dziedzinie kardiologii:
- W rozliczeniu należy wybrać zrealizowaną usługę z właściwym dla niej kodem i wyceną.

Lp	Kod świadczenia wg NFZ	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Cena świadczenia	Wskazania
1	5.01.00.0000174	BNP (NT-pro-BNP)	92,80 zł	Kardiologia
2	5.01.00.0000175	albuminuria (stężenie albumin w moczu)	7,85 zł	Kardiologia
3	5.01.00.0000176	UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu);	18,32 zł	Kardiologia
4	5.01.00.0000180	EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG);	106,26 zł	Kardiologia
5	5.01.00.0000181	Holter EKG 24 godz. (24 godzinna rejestracja EKG);	137,06 zł	Kardiologia
6	5.01.00.0000203	Holter EKG 48 godz. (48 godzinna rejestracja EKG)	147,06 zł	Kardiologia
7	5.01.00.0000198	Holter EKG 72 godz. (72-godzinna rejestracja EKG)	157,06 zł	Kardiologia
8	5.01.00.0000182	Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego).	137,06 zł	Kardiologia
9	5.01.00.0000183	USG Doppler tętnic szyjnych	106,26 zł	Kardiologia
10	5.01.00.0000184	USG Doppler naczyń kończyn dolnych	106,26 zł	Kardiologia
11	5.01.00.0000185	ECHO serca przeklatkowe	106,26 zł	Kardiologia

Pakiet świadczeń cd.

- Rozliczeniu podlegać będą również świadczenia:

Nazwa jednostki sprawozdawanej	Cena świadczenia
konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz poz - lekarz specjalista)	81,65 zł
konsultacja z lekarzem specjalistą (pacjent - lekarz specjalista)	120,75 zł
porada edukacyjna	42,03 zł
konsultacja dietetyczna	50,52 zł
porada kompleksowa	171,93 zł

Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej

ZASADY REALIZACJI

1. W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorcy w zakresie budżetu powierzonego opieki koordynowanej finansuje się w danym roku kalendarzowym:
 - a) nie więcej niż 3 konsultacje dietetyczne;
 - b) nie więcej niż 6 porad edukacyjnych;
2. **Konsultacja lekarza poz z lekarzem specjalistą** może odbyć się przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporad) - zastosowanie ma rozporządzenie MZ z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022. poz. 1194).
3. **Wyklucza się rozliczenie konsultacji lekarz poz - lekarz specjalista**, przez lekarza poz posiadającego kwalifikacje, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia MZ, w odniesieniu do zadeklarowanych do niego świadczeniobiorców.

Ważne:

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

Informacje końcowe

- Budżet opieki koordynowanej będzie miał konkretną wartość wykazaną w poszczególnych miesiącach umowy.
Po jej przekroczeniu świadczeniodawca może wnioskować o zwiększenie budżetu na podstawie § 43 Ogólnych Warunków Umów.
- Sposób rozpatrzenia wniosku świadczeniodawcy będzie uzależniony od wysokości środków finansowych określonych w planie zakupu świadczeń w rodzaju POZ.

Dziękuję

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia