

**ZARZĄDZENIE NR 138/2022/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 26 października 2022 r.

w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

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.¹⁾), w związku z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.
Postanowienia ogólne**

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży realizowanej na II lub III poziomie opieki perinatalnej lub nad dzieckiem, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu,
- 2) warunki zawarcia ze świadczeniodawcą umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w pkt 1,
- 3) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w pkt 1
– w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **dziecięca opieka koordynowana (DOK)** – zakres świadczeń w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka nad dzieckiem, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
- 2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) **koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III)** – zakres świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka nad kobietą w ciąży w ośrodkach II lub III poziomu opieki perinatalnej, obejmująca specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, poród, a w przypadku wskazań medycznych także niezbędne hospitalizacje;
- 4) **koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR)** – zakres świadczeń w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka nad dziećmi z całościowymi zaburzeniami rozwoju;
- 5) **poronienie** – wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni);
- 6) **poród fizjologiczny** – poród w rozumieniu przepisów rozporządzenia, o którym mowa w pkt 11;
- 7) **poziomy opieki perinatalnej** – organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą stacjonarną opiekę perinatalną odpowiednią do stanu zdrowia ciężarnej oraz przebiegu ciąży lub porodu, realizowaną na trzech poziomach:

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2120, 2232 i 2270 oraz w Dz.U. z 2022 r. poz. 64, 91, 583, 526, 807, 655, 974, 1002, 1352, 1265, 1700 i 1855.

- a) I poziom opieki perinatalnej - zapewniający opiekę perinatalną nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży,
 - b) II poziom opieki perinatalnej - zapewniający opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia,
 - c) III poziom opieki perinatalnej - zapewniający opiekę nad najcięższą patologią ciąży;
- 8) **pozostawianie w opiece koordynowanej co najmniej od 21. tygodnia ciąży** – objęcie opieką koordynowaną kobietę będącą najpóźniej w 21. tygodniu ciąży oraz uzyskanie przez tę kobietę określonych porad wynikających ze schematu opieki, określonego w rozporządzeniu, o którym mowa w pkt 11;
- 9) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, 655, 974 i 1079), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”;
- 10) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach rozporządzenia 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”;
- 11) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej;
- 12) **rozporządzenie psychiatryczne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 13) **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 14) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 15) **rozporządzenie ambulatoryjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 16) **ryczałt** – uśrednioną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC II/III), określoną w załączniku nr 4a do zarządzenia;
- 17) **urodzenie martwe** – całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży;
- 18) **urodzenie żywe** – całkowite wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki noworodka, który oddycha lub wykazuje jakiekolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, niezależnie od czasu trwania ciąży;
- 19) **wniosek** – wniosek świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy, o której mowa w § 3;
- 20) **wnioskujący** – świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. a ustawy o świadczeniach, ubiegającego się o zawarcie umowy, o której mowa w § 3;
- 21) **współrealizator** – komórkę organizacyjną w strukturze podmiotu składającego wniosek i koordynującego opiekę koordynowaną, która uczestniczy w realizacji świadczeń w zakresie tej opieki;
- 22) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach rozporządzenia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 23) **zrealizowanie schematu opieki** – przeprowadzenie diagnostyki określonej przepisami rozporządzenia o opiece okołoporodowej, przy zapewnieniu osobie prowadzącej ciążę co najmniej dostępu do wyników tych badań i korzystania z nich przy monitorowaniu przebiegu ciąży.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie o świadczeniach, w rozporządzeniach, o których mowa w ust. 1 pkt 11-15 oraz w przepisach rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanego dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

Rozdział 2.

Przedmiot i warunki do zawarcia umowy

§ 3. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zwanej dalej „umową”, jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiednio w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOCII/III) lub w zakresie dziecięca opieka koordynowana (DOK) lub koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR).

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 o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 8 5110000 - 3 Usługi szpitalne i podobne;
- 2) 8 5121200 - 5 Specjalistyczne usługi medyczne;
- 3) 8 5143000 - 3 Usługi ambulatoryjne;
- 4) 8 5312110 – 3 Usługi opieki dziennej nad dziećmi;
- 5) 8 5312120 – 6 Usługi opieki dziennej nad dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną;
- 6) 8 5312500 – 4 Usługi rehabilitacyjne;
- 7) 8 5111500 – 5 Usługi szpitalne psychiatryczne.

3. Umowa w zakresie KOC II/III zawierana jest ze świadczeniodawcą spełniającym warunki dla drugiego lub trzeciego poziomu referencyjnego położnictwa i ginekologii oraz odpowiednio dla neonatologii, który posiada zawartą z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju - leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne lub w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) – w zakresie położnictwo i ginekologia - drugi lub trzeci poziom referencyjny przez co najmniej 2 lata poprzedzające złożenie wniosku o zawarcie umowy albo posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie KOC II/III, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W ramach umowy, o której mowa w ust. 3, świadczenia dla II poziomu opieki perinatalnej może realizować i rozliczać świadczeniodawca spełniający wymagania dla drugiego poziomu referencyjnego położnictwa i ginekologii oraz co najmniej drugiego poziomu referencyjnego neonatologii. Świadczenia dla III poziomu opieki perinatalnej może realizować i rozliczać świadczeniodawca spełniający wymagania dla trzeciego poziomu referencyjnego położnictwa i ginekologii oraz trzeciego poziomu referencyjnego neonatologii.

5. Umowa w zakresie DOK zawierana jest ze świadczeniodawcą, który posiada zawartą z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) - w zakresie: świadczenia w zakresie neonatologii, przez co najmniej 2 lata poprzedzające złożenie wniosku o zawarcie umowy i posiada oddział neonatologiczny spełniający warunki dla trzeciego poziomu referencyjnego albo posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie DOK.

6. Umowa w zakresie KO-CZR zawierana jest ze świadczeniodawcą, który posiada zawartą z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży oraz realizującym świadczenia dedykowane osobom z autyzmem dziecięcym lub świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju - przez co najmniej 2 lata poprzedzające złożenie wniosku o zawarcie umowy albo posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie KO-CZR.

§ 4.1. W celu wyłonienia podmiotów do udzielania świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresach, o których mowa w § 3 ust. 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zamieszcza na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu informację o warunkach zawarcia takiej umowy oraz o naborze wniosków o zawarcie umowy.

2. Wzory wniosków, o których mowa w ust. 1, określone są w **załącznikach nr 9a-9c** do zarządzenia.

3. Wnioski, o których mowa w ust. 1, mogą być składane w okresie całego roku kalendarzowego. Wniosek składa się nie później niż do 10. dnia miesiąca, w celu zawarcia umowy od 1. dnia następnego miesiąca.

4. Wnioskujący jest uprawniony do złożenia we właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziale wojewódzkim Funduszu jednego wniosku dotyczącego określonego zakresu świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 5.

5. Wnioskujący, którego jednostki organizacyjne są zlokalizowane na obszarze działania więcej niż jednego oddziału wojewódzkiego Funduszu, jest uprawniony do złożenia więcej niż jednego wniosku na dany zakres świadczeń. W przypadku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, wnioski składa się w oddziałach wojewódzkich Funduszu właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń.

6. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) dane identyfikacyjne wnioskującego;
- 2) informację o przedmiocie umowy;
- 3) propozycję liczbowo-cenową dla każdego miejsca udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmującą również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców i współrealizatorów;
- 4) harmonogram dostępności profilu medycznego lub zakresu dla każdego miejsca udzielania świadczeń;
- 5) wykaz podwykonawców, stanowiący **załącznik nr 1** do wniosku - jeżeli dotyczy;
- 6) wykaz współrealizatorów, stanowiący **załącznik nr 2** do wniosku - jeżeli dotyczy.

7. Warunkiem zawarcia umowy jest złożenie wniosku w formie pisemnej wraz z następującymi dokumentami:

- 1) oświadczeniem wnioskującego, zgodnym ze wzorem określonym w **załączniku nr 10** do zarządzenia;
- 2) oświadczeniem wnioskującego o wpisach do rejestrów, zgodnym ze wzorem określonym w **załączniku nr 11** do zarządzenia;
- 3) w przypadku wnioskujących wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopią umowy spółki lub wyciągiem z tej umowy zawierającym postanowienia o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałą wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopiami pełnomocnictw udzielonych przez wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;
- 4) kopią polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskującego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania; wnioskujący może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym oświadczenie w przedmiocie obowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- 5) kopią umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązaniem podwykonawcy do jej zawarcia z wnioskującym, zawierający zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem, na zasadach określonych w ustawie;
- 6) oświadczeniem w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy – w przypadku, w którym wnioskujący nie przedstawi dokumentów, o których mowa w pkt 5;
- 7) wnioskiem w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony jest w **załączniku nr 8** do zarządzenia;
- 8) pełnomocnictwem do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskującego – w przypadku gdy wnioskujący jest reprezentowany przez pełnomocnika.

8. Kopie dokumentów, o których mowa w ust. 7, winny zostać poświadczane za zgodność z oryginałem przez wnioskującego albo osoby uprawnione do reprezentowania wnioskującego.

9. Dyrektor oddziału wojewódzkiego 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 w inny sposób.

10. W przypadku, w którym wnioskujący w dniu złożenia wniosku jest świadczeniodawcą realizującym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień lub w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) lub w zakresie KOC II/III, DOK, KO-CZR, i w dyspozycji oddziału wojewódzkiego Funduszu pozostają zgodne ze stanem faktycznym i prawnym informacje w zakresie posiadanego przez świadczeniodawcę potencjału wykonawczego, tj. dotyczące wykazu personelu z opisem kompetencji, w tym personelu udzielającego świadczeń u podwykonawcy, który uczestniczy w realizacji świadczeń objętych umową wraz z harmonogramem udzielania świadczeń, wykazu zasobów – także podwykonawcy (sprzętu, pojazdów, pomieszczeń) oraz wykazu podwykonawców, w tym dokumenty, o których mowa w ust. 7 pkt 3 i 4, wnioskujący składa oświadczenie zgodne ze wzorem określonym odpowiednio w **załączniku nr 12a, 12b lub 12c** do zarządzenia.

11. Wnioskujący obowiązany jest spełniać, odpowiednio do przedmiotu umowy, wymagania określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniach, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 11-15 oraz w Ogólnych warunkach umów.

12. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 11, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń w którym realizowana jest umowa.

13. Formularz wniosku składa się w zamkniętej kopercie oznaczonej „Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – KOC II/III” lub „Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – DOK” lub „Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – KO-CZR”.

14. W przypadku, gdy wniosek zawiera braki formalne dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wzywa wnioskującego do ich usunięcia, wskazując termin dokonania tej czynności.

15. Termin, o którym mowa w ust. 14, uważa się za zachowany, w przypadku dostarczenia żądanych dokumentów do siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu w dniu określonym w wezwaniu, do godz. 16:00.

16. Uzupełniony wniosek składa się w zamkniętej kopercie lub paczce odpowiednio oznaczonej: „Usunięcie braków wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – KOC II/III” lub „Usunięcie braków wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – DOK” lub „Usunięcie braków wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – KO-CZR”.

17. W przypadku pozytywnej oceny wniosku, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ustala z wnioskującym kwotę zobowiązania na pierwszy okres rozliczeniowy. Ustalenie kwoty zobowiązania, o którym mowa w zdaniu pierwszym, stanowi warunek zawarcia umowy.

18. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przesyła wnioskującemu umowę, której wzór określony jest odpowiednio w **załączniku nr 2a, 2b lub 2c** do zarządzenia lub zaprasza wnioskującego do siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu w celu podpisania umowy.

19. W przypadku negatywnej oceny wniosku, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu informuje wnioskującego o przyczynach odmowy zawarcia umowy.

20. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ma prawo do przeprowadzenia czynności sprawdzających u wnioskującego w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy, w celu weryfikacji informacji zawartych we wniosku.

21. Czynności sprawdzające, o których mowa w ust. 20, przeprowadza, w obecności wnioskującego lub osoby przez niego upoważnionej, po uprzednim powiadomieniu wnioskującego, co najmniej dwóch upoważnionych członków powołanego przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu „Zespołu do oceny wniosków”.

22. Osoby przeprowadzające czynności sprawdzające, o których mowa w ust. 20, sporządzają protokół z tych czynności, potwierdzony i podpisany przez wnioskującego lub osobę przez niego upoważnioną.

Rozdział 3. **Szczegółowe warunki umowy**

§ 5. 1. Umowa jest realizowana w poszczególnych zakresach świadczeń określonych odpowiednio w **załącznikach nr 3a-3c do zarządzenia**.

2. Umowę zawiera się odpowiednio w zakresie:

- 1) koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III) lub
- 2) dziecięcej opieki koordynowanej (DOK); lub
- 3) koordynowanej opieki nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR).

3. Wzór umowy określony w:

- 1) **załączniku nr 2a** do zarządzenia, stosuje się do zakresu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1;
- 2) **załączniku nr 2b** do zarządzenia, stosuje się do zakresu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2;
- 3) **załączniku nr 2c** do zarządzenia, stosuje się do zakresu, o którym mowa w ust. 2 pkt 3.

4. Zmiany wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

5. Produkty jednostkowe dedykowane do rozliczania świadczeń w poszczególnych zakresach określone są odpowiednio w **załącznikach nr 1a-1d** do zarządzenia.

6. Szczegółowy opis przedmiotu umowy określony jest odpowiednio w **załącznikach nr 4a-4c** do zarządzenia.

§ 6. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach, określonych w **załącznikach nr 3a-3c** do zarządzenia, mogą być wykonywane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wskazanych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

2. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 4 ust. 11.

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

5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli każdego z podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w tym podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

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

§ 7. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do udostępniania, na żądanie Funduszu, rejestru zakażeń zakładowych.

3. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale wojewódzkim 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.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w oddziale wojewódzkim Funduszu wniosek. Wniosek, o którym mowa w zdaniu pierwszym, składa się w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 4, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa odpowiednio w § 6 ust. 4 załącznika nr 2a, nr 2b lub 2c do zarządzenia, stanowiących wzory umów, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 1-3.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

8. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie KOC II/III, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia rejestracji realizacji świadczeń, w oparciu o narzędzie informatyczne udostępniane przez Fundusz. Dane o zarejestrowanych świadczeniach stanowią podstawę raportu statystycznego w rozumieniu Ogólnych warunków umów.

§ 8. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby”.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

§ 9. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie. Szczegółowe zasady rozliczania oraz sposób finansowania świadczeń w zakresie KOC II/III, DOK i KO-CZR są określone odpowiednio w załącznikach nr 4a-4c do zarządzenia.

2. 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.

3. Dopuszcza się łączne lub odrębne rozliczanie świadczeń, o ile w katalogach produktów do rozliczania świadczeń w zakresach KOC II/III, DOK i KO-CZR, stanowiących odpowiednio załączniki nr 1a-1d do zarządzenia, nie określono inaczej.

4. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń z zakresu KOC II/III przekroczy kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 2, po przekroczeniu kwoty zobowiązania z tytułu realizacji umowy w tym zakresie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania – zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz odpowiednio kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy.

5. Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie przez podmiot realizujący umowę w zakresie KOC II/III świadczeń udzielonych kobiecie w ciąży, a związanych z ciążą, porodem i położeniem, będących przedmiotem tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń. Zastrzeżenie, o którym mowa w zdaniu pierwszym, nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych na podstawie przepisów rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

6. W przypadku przystąpienia świadczeniodawcy do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie KOC II/III, Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy świadczeń związanych z położnictwem w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (typ umowy – 02/01) oraz świadczeń związanych z położnictwem i neonatologią w ramach leczenia szpitalnego, zgodnie z przepisami zarządzeń Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne i w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ).

§ 10. Świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w zakresie KOC II/III:

- 1) stosuje formularze: „Informacja dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży (KOC II/III)” oraz „Ankieta satysfakcji”, których wzory określone są odpowiednio w **załącznikach nr 5 i 7** do zarządzenia;
- 2) w przypadku rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym, żywieniem pozajelitowym, finansowanych w ramach produktów określonych w **załączniku nr 1b** do zarządzenia, obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi odpowiednio w **załącznikach nr 6a-6d** do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym załącza się do historii choroby;
- 3) w przypadku rozliczania produktu: 5.10.00.0000157 (Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności) z *Katalogu produktów dodatkowych do sumowania w KOC II/III*, określonego w **załączniku nr 1b** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do dołączenia do historii choroby podpisanego oświadczenia, którego wzór określony jest w **załączniku nr 13** do zarządzenia.

Rozdział 4.

Postanowienia końcowe

§ 11. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży realizowanej na II lub III poziomie opieki perinatalnej lub nad dzieckiem, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

§ 12. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 13. 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.

§ 14. 1. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 października 2022 r.

2. Do rozliczania świadczeń udzielonych przed dniem 1 października 2022 r. stosuje się przepisy, o których mowa w § 15.

§ 15. Traci moc zarządzenie Nr 8/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

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

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
Bernard Waśko
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/Dokument podpisany elektronicznie/

Katalog produktów do rozliczania koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOCII/III)

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego od 1 października 2022 r.	Warunki wykonania			Uwagi
							świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.		KOC II/III	5.10.00.0000107	ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	pkt	9 034	X	X	X	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 14 tygodniu ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi
2.		KOC II/III	5.10.00.0000108	ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	pkt	8 161	X	X	X	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi
3.		KOC II/III	5.10.00.0000109	ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	pkt	7 532	X	X	X	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi
4.		KOC II/III	5.10.00.0000110	(N09KOC) Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 6 dni	pkt	5 398			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne, - do sumowania przy rozliczaniu odpowiedniego ryczałtu KOC II/III, - obejmuje opiekę okołoporodową nad kobietą w ciąży stanowiącej ciężki wysoki ryzyka; m.in. niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu, w sytuacji niepowodzeń położniczych
5.		KOC II/III	5.10.00.0000111	(N11KOC) Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw	pkt	7 171			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne, - do sumowania przy rozliczaniu odpowiedniego ryczałtu KOC II/III, - obejmuje opiekę okołoporodową nad kobietą w ciąży z współistniejącymi stanami zagrożenia życia (m.in. udar, zawał serca, ciężkie zaburzenia rytmu serca, stan padaczkowy, stan astmatyczny, stany ciężkiej dekomensacji ustroju, kardiomiopatia, ciężkie choroby układu dokrewnego
6.		KOC II/III	5.10.00.0000112	Opieka psychologiczna udzielana na rzecz kobiet w ciąży	pkt	599			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - do sumowania przy rozliczaniu odpowiedniego ryczałtu KOC II/III, - obejmuje pomoc psychologiczną kobiecie i wsparcie osób bliskich m.in. w przypadkach prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu, w tym ciężkich nieuleczalnych chorób płodu oraz w sytuacji niepowodzenia położniczego podczas jej pobytu w oddziale, zgodną z opisem świadczenia określonym w załączniku nr 4a do zarządzenia
7.		KOC II/III	5.10.00.0000113	(N21KOC) Ciężka patologia noworodka > 30 dni	pkt	68 740			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii, w tym terapii tlenkiem azotu (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała) - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego od 1 października 2022 r.	Warunki wykonania			Uwagi
							świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
8.	11.1450.100.02	KOC II/III	5.10.00.0000218	(N21AKOC) Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni	pkt	83 922			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej , - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym wymagającym intensywnej terapii, m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
9.		KOC II/III	5.10.00.0000114	(N22KOC) Noworodek wymagający intensywnej terapii	pkt	23 001			X	- produkt dedykowany dla II i III poziomu opieki perinatalnej , - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, wrodzonymi wadami rozwojowymi, wodogłowie), - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
10.		KOC II/III	5.10.00.0000219	(N22AKOC) Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki	pkt	11 298			X	- produkt dedykowany dla II i III poziomu opieki perinatalnej , - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, wrodzonymi wadami rozwojowymi, wodogłowie), - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
11.		KOC II/III	5.10.00.0000115	(N23KOC) Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki	pkt	27 738			X	- produkt dedykowany dla II i III poziomu opieki perinatalnej , - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem z niską urodzeniową masą ciała, z retinopatią wcześniaków, zapaleniem opon mózgowych), - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
12.		KOC II/III	5.10.00.0000116	(N24KOC) Noworodek wymagający szczególnej opieki	pkt	5 456			X	- produkt dedykowany dla II i III poziomu opieki perinatalnej , - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne, - produkt dedykowany wyłącznie noworodkom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC II/III, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego od 1 października 2022 r.	Warunki wykonania				Uwagi
							świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
13.		KOC II/III	5.10.00.0000117	(N25KOC) Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	pkt	2 468			X	- produkt dedykowany dla II i III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - produkt dedykowany wyłącznie noworodkom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC II/III, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983	
14.		KOC II/III	5.10.00.0000118	Noworodek z zabiegiem chirurgicznym	pkt	5 515			X	- produkt dedykowany dla II i III poziomu opieki perinatalnej, - możliwość łącznego rozliczania z produktami N21KOC, N21AKOC, N22KOC, N22AKOC, N23KOC, N24KOC, N25KOC - rozliczanie na "warunkach rozliczenia produktów rozliczeniowych"	
15.		KOC II/III	5.10.00.0000119	(N08KOC) Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie	pkt	3 500			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - do sumowania przy rozliczaniu odpowiedniego ryczałtu KOC II/III	
16.		KOC II/III	5.10.00.0000120	(N08AKOC)Terapia wewnątrzmaciczna - 1. kategoria *	pkt	12 737			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na "warunkach-rozliczenia produktów rozliczeniowych"	
17.		KOC II/III	5.10.00.0000121	(N08BKOC)Terapia wewnątrzmaciczna - 2. kategoria*	pkt	7 514			X	- produkt dedykowany dla III poziomu opieki perinatalnej, - rozliczanie na "warunkach rozliczenia produktów rozliczeniowych"	

(*) FINANSOWANIE TERAPII POD WARUNKIEM NIE OBJĘCIA FINANSOWANIEM W RAMACH PROGRAMU MZ

Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

N Położnictwo i opieka nad noworodkami - KOC II i III

N09KOC Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 6 dni

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

N11KOC Ciężka patologia ciąży - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

N21KOC Ciężka patologia noworodka > 30 dni

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

N21AKOC Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

N22KOC Noworodek wymagający intensywnej terapii

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

N22AKOC Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

N23KOC Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

N24KOC Noworodek wymagający szczególnej opieki

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

N25KOC Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

wymagane wskazanie procedury z poniższej listy procedur, procedury z listy dodatkowej N9a; wiek < 26 tyg.

ICD-9

02.021 Chirurgiczne opracowanie złożonego złamania czaszki
02.022 Odbarczenie złamania czaszki
02.023 Nastawienie złamania czaszki
02.121 Zamknięcie przetoki płynowej opon mózgowych
02.122 Przeszczep twardówki
02.123 Operacja przepukliny mózgowej z jednoczasową kranioplastyką
02.124 Łata podtwardówkowa
02.321 Zespoleńie komora mózgu - prawy przedsionek serca
02.322 Zespoleńie komora mózgu - żyła próżna górna
02.341 Zespoleńie komora mózgu - pęcherzyk żółciowy
02.342 Zespoleńie komora mózgu - jama otrzewnowa
02.391 Zespoleńie komora mózgu - jama szpikowa
02.392 Zespoleńie komory mózgu z innymi miejscami poza czaszką
02.421 Powtórne wprowadzenie zastawki
02.422 Wymiana drenu komorowego
02.423 Rewizja drenu dokomorowego w drenażu komorowo-otrzewnowym
02.43 Usunięcie drenu komory mózgu
03.511 Operacja przepukliny oponowej - nie określona inaczej
03.52 Operacja przepukliny oponowo-rdzeniowej
04.3 Szycie nerwu obwodowego/ czaszkowego
04.491 Neuroliza nerwu obwodowego - nie określona inaczej
04.499 Odbarczenie albo uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego - inne
04.51 Przeszczep nerwu czaszkowego
04.52 Przeszczep nerwu obwodowego
04.74 Zespoleńie nerwu obwodowego/ czaszkowego - inne
04.76 Odległa operacja naprawcza urazowego uszkodzenia nerwu czaszkowego
04.79 Inna plastyka nerwów
04.99 Operacje nerwów obwodowych - inne
06.7 Wycięcie przewodu tarczowo-językowego
29.2 Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej
29.41 Korekcja zarośnięcia nozdry tylnych
32.21 Plikacja pęcherza rozedmowego
32.3 Segmentowa resekcja płuca
32.49 Lobektomia - inna
32.59 Całkowite usunięcie płuca nieokreślone inaczej
33.99 Operacje płuc - inne
35.971 Przeszkóne zamknięcie przewodu tętniczego Botalla przy pomocy spirali
35.972 Przeszkóne zamknięcie przewodu tętniczego Botalla przy pomocy okludera
35.973 Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla - operacja otwarta
41.5 Całkowita splenektomia
42.11 Wyłonienie szyjnej przetoki przelyku
42.51 Śródpiersiowe zespolenie przelykowo-przelykowe
42.52 Śródpiersiowe zespolenie przelykowo-żołądkowe
43.19 Gastrostomia - inna
43.3 Pyloromyotomia
44.391 Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze
44.392 Zespolenie żołądkowo-jelitowe
44.393 Zespolenie żołądkowo-żołądkowe
44.394 Zespolenie żołądkowo-czce, bez wycięcia (części) żołądka, BNO
45.61 Mnogie resekcje segmentalne jelita cienkiego
45.621 Resekcja dwunastnicy
45.622 Resekcja jelita czczego
45.623 Resekcja jelita krętego
45.629 Częściowa resekcja jelita cienkiego - inna
45.63 Całkowite usunięcie jelita cienkiego
45.711 Mnogie resekcje segmentalne urazowo zmienionego jelita grubego
45.719 Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego - inne
45.721 Wycięcie kątnicy i końcowego odcinka jelita krętego
45.729 Wycięcie kątnicy - inne
45.731 Ileokolektomia
45.732 Prawostronna radykalna kolektomia
45.733 Hemikolektomia prawostronna
45.74 Resekcja poprzecznicy
45.75 Hemikolektomia lewostronna
45.76 Sigmoidektomia
45.8 Totalna śródbrzuszną kolektomia
45.91 Zespolenie jelito cienkie-jelito cienkie
45.921 Operacja Hamptona
45.93 Zespolenie jelito cienkie-jelito grube - inne
45.94 Zespolenie jelito grube-jelito grube
45.99 Zespolenie jelitowe - inne
46.011 Ileostomia pętlowa
46.031 Pierwszy etap wyłonienia jelita metodą Mikulicza
46.032 Kolostomia pętlowa
46.11 Czasowa kolostomia
46.19 Kolostomia - inna

46.21 Czasowa ileostomia
46.29 Ileostomia - inna
46.391 Przetoka dwunastnicza
46.392 Odżywcza przetoka jelitowa
46.51 Zamknięcie sztucznej przetoki jelita cienkiego
46.521 Zamknięcie przetoki kątniczej
46.522 Zamknięcie kolostomii
46.523 Zamknięcie przetoki esiczej
46.73 Szycie jelita cienkiego za wyjątkiem dwunastnicy
46.81 Śródbrzusze manipulacje na jelicie cienkim
46.82 Śródbrzusze manipulacje na jelicie grubym
46.891 Korekcja niewłaściwego skrętu/ rotacji/ jelita
46.892 Odprowadzenie skrętu jelita
46.893 Odprowadzenie wgłobienia jelita
47.09 Inna appendektomia
47.2 Drenaż ropnia okołowystkowego
48.01 Odbarczenie zarośniętego odbytu
48.41 Podśluzówkowa resekcja odbytnicy metodą Soave
48.491 Brzuszo kroczoowa resekcja odbytnicy pull-through
48.492 Operacja Altemeiera
48.493 Operacja Swensona
48.5 Brzuszo-kroczoowa amputacja odbytnicy
48.65 Resekcja odbytnicy metodą Duhamela
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy
48.692 Resekcja odbytnicy BNO
48.72 Zamknięcie przetoki odbytnicy
48.73 Zamknięcie przetoki odbytniczej - inne
48.896 Przekrzyżowe wycięcie wrodzonego potworniaka okolicy krzyżowo-ogonowej
51.36 Zespoleń przewodu żółciowego wspólnego z jeliem
51.37 Zespoleń przewodu wątrobowego z przewodem pokarmowym
51.391 Zespoleń nieokreślonego przewodu żółciowego z: jeliem
51.392 Zespoleń nieokreślonego przewodu żółciowego z: wątrobą
51.393 Zespoleń nieokreślonego przewodu żółciowego z: trzustką
51.394 Zespoleń nieokreślonego przewodu żółciowego z: żółcią
51.399 Zespoleń dróg żółciowych - inne
53.02 Operacja skośnej przepukliny pachwinowej
53.12 Obustronna operacja skośnej przepukliny pachwinowej
53.49 Operacja przepukliny pępkowej - inna
53.7 Operacja przepukliny przeponowej (dostęp brzuszny)
53.81 Plikacja przepony
53.89 Operacja przepukliny przeponowej - dostęp piersiowy - inna
54.11 Laparotomia zwiadowcza
54.511 Usunięcie zrostów otrzewnowych dróg żółciowych metodą otwartą
54.512 Uwolnienie otrzewnowych zrostów jelitowych metodą otwartą
54.513 Uwolnienie zrostów otrzewnowych wątroby metodą otwartą
54.514 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej miednicy metodą otwartą
54.515 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej metodą otwartą
54.516 Uwolnienie zrostów otrzewnowych śledziony metodą otwartą
54.517 Uwolnienie zrostów otrzewnowych macicy metodą otwartą
54.71 Operacja gastroschizy
54.951 Eksploracja połączenia komorowo-otrzewnowego w jamie otrzewnej
54.952 Operacja Ladda
54.953 Kontrola końca dalszego drenu komorowego
54.954 Kontrola drenu zastawkowego komorowo-otrzewnowego w jamie otrzewnej
55.12 Pielostomia
55.49 Częściowe wycięcie nerki - inne
55.512 Całkowite jednostronne wycięcie nerki
56.09 Przewodowe usunięcie przeszkody z moczowodu i miedniczki nerkowej - inne
56.611 Wytworzenie przetoki moczowodowo-skrónej
56.612 Przetoka moczowodowa (ureterostomia) - nieokreślona inaczej
56.741 Częściowe wycięcie moczowodu i wszczepienie moczowodu do pęcherza z uzupełnieniem ubytku moczowodu płatem Boariego
56.742 Przeszczepienie moczowodu do pęcherza (ureterocystoneostomia)
56.84 Zamknięcie innej przetoki moczowodu
57.851 Sfałdowanie/ plikacja szyi pęcherza
57.852 Plastyka V-Y szyi pęcherza
57.853 Plastyka szyi pęcherza metodą Young-Dees-Leadbetter
57.86 Operacje naprawcze wynicowanego pęcherza moczowego
57.91 Nacięcie zwieracza wewnętrznego cewki moczowej
58.311 Uretroskopia uretro- albo cystoskopem sztywnym oraz elektrokoagulacja zmiany cewki
58.319 Wycięcie lub zniszczenie zmiany cewki moczowej endoskopowo - inne
58.391 Wycięcie wrodzonej zastawki cewki moczowej
62.31 Wycięcie jądra jednostronne
62.32 Wycięcie jądra i jednoczasowe wszczepienie protezy jednostronne
62.33 Wycięcie jądra i jednoczasowe wszczepienie protezy jednostronne
62.521 Operacja z powodu skrętu jądra lub przyczepka jądra z zachowaniem jądra
62.522 Operacja z powodu skrętu jądra z zachowaniem jądra i jednoczasowym umocowaniem jądra przeciwnego w mosznie
84.001 Amputacja kończyny górnej z pokryciem kikutu płatem
84.002 Kineplastyczna amputacja kończyny górnej
84.003 Otwarta lub gilotynowa amputacja kończyny górnej
84.005 Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki
84.01 Amputacja i wyluszczenie palca ręki w stawie
84.02 Amputacja i wyluszczenie kciuka w stawie
84.03 Amputacja w zakresie ręki

84.04 Wyluszczenie nadgarstka
84.05 Amputacja w zakresie przedramienia
84.06 Wyluszczenie w stawie łokciowym
84.07 Amputacja w zakresie ramienia
84.08 Wyluszczenie w stawie barkowym
84.09 Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki
84.101 Amputacja kończyny dolnej z pokryciem kikutą płatem
84.102 Amputacja kineplastyczna kończyny dolnej
84.103 Otwarta lub gilotynowa amputacja kończyny dolnej
84.961 Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości (promieniowa i łokciowa)
84.971 Rekonstrukcja pierwotna wrodzonych i nabytych deformacji - kości miednicy

lista dodatkowa do sekcji N

N9a

ICD-9
96.781 Ciągła mechaniczna wentylacja trwająca mniej niż 96 godzin
96.782 Ciągła mechaniczna wentylacja trwająca 96 lub więcej godzin

N08KOC Ciężka patologia płodu - diagnostyka, leczenie

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań N08 oraz procedury z listy dodatkowej N6

ICD-10

O35.0 Opieka położnicza z powodu (podejrzewanej) wady rozwojowej ośrodkowego układu nerwowego u płodu
O35.8 Opieka położnicza z powodu innego (podejrzewanego) uszkodzenia lub nieprawidłowości płodu
O40 Wielowodzie
O41.0 Małowodzie
O43.0 Zespoły przetoczenia łożyskowego
P55.0 Izomunizacja w zakresie czynnika Rh u płodu i noworodka
P55.1 Izomunizacja w zakresie grup głównych ABO u płodu i noworodka
P56.0 Obrzęk uogólniony płodu spowodowany izomunizacją
P56.9 Obrzęk uogólniony płodu spowodowany inną i nieokreśloną chorobą hemolityczną
Q00.0 Bezmózgowie
Q00.1 Rozszczep czaszki i kręgosłupa
Q00.2 Rozszczep potylicy
Q01.0 Przepuklina mózgowa czołowa
Q01.1 Przepuklina mózgowa nosowo-czołowa
Q01.2 Przepuklina mózgowa potyliczna
Q01.8 Przepuklina mózgowa w innej lokalizacji
Q01.9 Przepuklina mózgowa, nieokreślona
Q02 Małogłowie
Q03.0 Wady rozwojowe wodociągu mózgu Sylwiusza
Q03.1 Zarośnięcie otworów Magendiego i Luschki
Q03.8 Wodogłowie wrodzone inne
Q03.9 Wodogłowie wrodzone, nieokreślone
Q04.0 Wrodzone wady rozwojowe spoidła wielkiego
Q04.1 Brak wężomózgowia (zespół arinencephalii)
Q04.2 Przodomózgowie jednokomorowe (holoprosencephalia)
Q04.3 Inne wady mózgu z ubytkiem tkanek
Q04.4 Septo-optic dysplasia
Q04.5 Mózg olbrzymi
Q04.6 Wrodzone torbiele mózgu
Q04.8 Inne określone wady rozwojowe mózgu
Q04.9 Wrodzone wady rozwojowe mózgu, nieokreślone
Q05.0 Rozszczep kręgosłupa szyjnego ze współistniejącym wodogłowie
Q05.1 Rozszczep kręgosłupa piersiowego ze współistniejącym wodogłowie
Q05.2 Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowie
Q05.3 Rozszczep kręgosłupa krzyżowego ze współistniejącym wodogłowie
Q05.4 Nieokreślony rozszczep kręgosłupa ze współistniejącym wodogłowie
Q05.5 Rozszczep kręgosłupa szyjnego bez wodogłowia
Q05.6 Rozszczep kręgosłupa piersiowego bez wodogłowia
Q05.7 Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego bez wodogłowia
Q05.8 Rozszczep kręgosłupa krzyżowego bez wodogłowia
Q05.9 Rozszczep kręgosłupa, nieokreślony
Q06.0 Brak rdzenia
Q06.1 Niedorozwój i dysplazja rdzenia kręgowego
Q06.2 Rozdwojenie rdzenia
Q06.3 Inne wrodzone wady rozwojowe ogona końskiego
Q06.4 Wodordzenie
Q06.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego
Q06.9 Wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego, nieokreślone
Q07.0 Zespół Arnolda-Chiariiego
Q07.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego
Q07.9 Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego, nieokreślone
Q20.0 Wspólny pień tętniczy
Q20.1 Odejście obu dużych naczyń z prawej komory
Q20.2 Odejście obu dużych naczyń z lewej komory
Q20.3 Nieprawidłowe połączenia komorowo-tętnicze
Q20.4 Odejście obu dużych naczyń serca z jednej komory
Q20.5 Nieprawidłowe połączenia przedsionkowo-komorowe

Q20.6 Izomeria uszek przedsionków serca
Q20.8 Inne wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych
Q20.9 Wrodzona wada rozwojowa jam i połączeń sercowych, nieokreślona
Q21.0 Ubytek przegrody międzykomorowej
Q21.1 Ubytek przegrody międzyprzedsionkowej
Q21.2 Ubytek przegrody przedsionkowo-komorowej
Q21.3 Tetralogia Fallota
Q21.4 Ubytek przegrody aortalno-płucnej
Q21.8 Inna wrodzona wada rozwojowa przegród serca
Q21.9 Wrodzona wada przegrody serca, nieokreślona
Q22.0 Zarośnięcie zastawki pnia płucnego
Q22.1 Wrodzone zwężenie zastawki pnia płucnego
Q22.2 Wrodzona niedomykalność zastawki pnia płucnego
Q22.3 Inne wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego
Q22.4 Wrodzone zwężenie zastawki trójdzielnej
Q22.5 Choroba Ebsteina
Q22.6 Zespół niedorozwoju prawej części serca
Q22.8 Inne wrodzone wady rozwojowe zastawki trójdzielnej
Q22.9 Wrodzona wada rozwojowa zastawki trójdzielnej, nieokreślona
Q23.0 Wrodzone zwężenie ujścia tętniczego lewego
Q23.1 Wrodzona niedomykalność zastawki aorty
Q23.2 Wrodzone zwężenie zastawki dwudzielnej
Q23.3 Wrodzona niedomykalność zastawki dwudzielnej
Q23.4 Zespół niedorozwoju lewej części serca
Q23.8 Inne wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej
Q23.9 Wrodzona wada zastawki aorty i zastawki dwudzielnej, nieokreślona
Q24.2 Serce trójprzedsionkowe
Q24.3 Wrodzone zwężenie stożka tętniczego prawej komory
Q24.4 Wrodzone zwężenie ujścia tętniczego lewego podzastawkowe
Q24.5 Wada rozwojowa naczyń wieńcowych
Q24.6 Wrodzony blok serca
Q24.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe serca
Q24.9 Wrodzona wada rozwojowa serca, nieokreślona
Q25.1 Zwężenie cieśni aorty
Q25.2 Zarośnięcie aorty
Q25.3 Zwężenie aorty
Q25.4 Inne wrodzone wady rozwojowe aorty
Q25.5 Zarośnięcie pnia płucnego
Q25.6 Zwężenie pnia płucnego
Q25.7 Inne wrodzone wady rozwojowe pnia płucnego
Q25.8 Inne wrodzone wady rozwojowe dużych tętnic
Q25.9 Wrodzona wada rozwojowa dużych tętnic, nieokreślona
Q26.0 Wrodzone zwężenie żyły głównej
Q26.1 Przetrwiała płodowa lewa góra żyła główna
Q26.2 Całkowicie nieprawidłowe ujście żył płucnych
Q26.3 Częściowo nieprawidłowe ujście żył płucnych
Q26.4 Nieprawidłowe ujście żył płucnych, nieokreślone
Q26.5 Nieprawidłowe ujście żyły wrotnej
Q26.6 Przetoka pomiędzy żyłą wrotną a tętnicą wątrobową właściwą
Q26.8 Inne wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych
Q26.9 Wrodzona wada rozwojowa dużych żył, nieokreślona
Q27.0 Wrodzony brak i niedorozwój tętnicy pępkowej
Q27.1 Wrodzone zwężenie tętnicy nerkowej
Q27.2 Inne wrodzone wady rozwojowe tętnicy nerkowej
Q27.3 Wady rozwojowe połączeń tętniczo-żylnych obwodowych
Q27.4 Wrodzone rozszerzenie żył
Q27.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu
Q27.9 Wrodzona wada układu naczyniowego obwodowego, nieokreślona
Q28.0 Wada rozwojowa połączeń tętniczo-żylnych naczyń przedmózgowych
Q28.1 Inne wady rozwojowe naczyń przedmózgowych
Q28.2 Tętniczo-żylne wady rozwojowe naczyń mózgowych
Q28.3 Inne wady rozwojowe naczyń mózgowych
Q28.8 Inne określone wady rozwojowe układu krążenia
Q33.0 Wrodzona torbielowatość płuc
Q34.1 Wrodzona torbiel śródpiersia
Q35.1 Rozszczep podniebienia twardego, jednostronny
Q36.0 Rozszczep wargi, obustronny
Q36.1 Rozszczep wargi pośrodkowy
Q37.0 Rozszczep podniebienia twardego wraz z rozszczepem wargi, obustronny
Q37.1 Rozszczep podniebienia twardego wraz z rozszczepem wargi, jednostronny
Q39.0 Zarośnięcie przełyku bez przetoki
Q39.1 Zarośnięcie przełyku z przetoką tchawiczo-przełykową
Q39.2 Wrodzona przetoka tchawiczo-przełykowa bez zarośnięcia
Q39.3 Wrodzone zwężenie lub zaciśnięcie przełyku
Q39.4 Przepona przełyku
Q39.5 Wrodzone poszerzenie przełyku
Q39.6 Uchylek przełyku
Q39.8 Inne wrodzone wady rozwojowe przełyku
Q40.1 Wrodzona przepuklina rozworu przełykowego przepony
Q41.0 Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie dwunastnicy
Q43.1 Choroba Hirschsprunga
Q44.6 Torbielowatość wątroby
Q60.6 Zespół Pottera

Q61.0 Wrodzona torbiel nerk
 Q61.1 Wielotorbielowatość nerek, typu dziecięcego
 Q61.2 Wielotorbielowatość nerek, typu dorosłego
 Q61.4 Dysplazja nerek
 Q62.0 Wrodzone wodonercze
 Q62.1 Zarośnięcie lub zwężenie moczowodu
 Q62.2 Wrodzony moczowód olbrzymi
 Q62.3 Inne wady miedniczki nerkowej i moczowodu z zastojem moczu
 Q62.4 Niewyksztalcenie moczowodu
 Q62.5 Zdwojenie moczowodu
 Q62.6 Nieprawidłowe położenie moczowodu
 Q62.7 Wrodzony odpływ pęcherzowo-moczowodowo-nerkowy
 Q62.8 Inne wrodzone wady rozwojowe moczowodu
 Q64.0 Wierchniactwo
 Q64.1 Wynicowanie pęcherza moczowego
 Q64.2 Wrodzona zastawka cewki tylnej
 Q64.3 Inne zarośnięcie lub zwężenie cewki i szyi pęcherza moczowego
 Q64.4 Wada rozwojowa przewodu omocznowego
 Q64.5 Wrodzony brak pęcherza lub cewki moczowej
 Q64.6 Wrodzony uchyłek pęcherza
 Q64.7 Inne wrodzone wady rozwojowe pęcherza i cewki moczowej
 Q64.8 Inne określone wady rozwojowe układu moczowego
 Q64.9 Wrodzona wada rozwojowa układu moczowego, nieokreślona
 Q67.5 Wrodzone zniekształcenie kręgosłupa
 Q76.0 Utajony rozszczep kręgosłupa
 Q79.0 Wrodzona przepuklina przeponowa
 Q79.1 Inne wrodzone wady rozwojowe przepony
 Q79.2 Przepuklina pępowinowa
 Q79.3 Wytrzewienie (gastroschisis)
 Q79.4 Zespół suszonej śliwki (zespół wiotkiego brzucha)
 Q79.5 Inne wrodzone wady rozwojowe ściany jamy brzusznej
 Q79.6 Zespół Ehlersa-Danlosa
 Q79.8 Inne wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego
 Q79.9 Wrodzona wada rozwojowa układu mięśniowo-szkieletowego, nieokreślona
 Q87.4 Zespół Marfana
 Q89.1 Wrodzone wady rozwojowe nadnerczy
 Q89.4 Bliźnięta zrośnięte (zroślaki)
 Q90.0 Trisomia 21, meiotyczna nierozdzielność
 Q90.1 Trisomia 21, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)
 Q90.2 Trisomia 21, translokacja
 Q90.9 Zespół Downa, nieokreślony
 Q91.0 Trisomia 18, meiotyczna nierozdzielność
 Q91.1 Trisomia 18, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)
 Q91.2 Trisomia 18, translokacja
 Q91.3 Zespół Edwardsa, nieokreślony
 Q91.4 Trisomia 13, meiotyczna nierozdzielność
 Q91.5 Trisomia 13, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)
 Q91.6 Trisomia 13, translokacja
 Q91.7 Zespół Patau, nieokreślony
 Q92.0 Trisomia całego chromosomu, meiotyczna nierozdzielność
 Q92.1 Trisomia całego chromosomu, mozaika (mitotyczna nierozdzielność)
 Q92.2 Trisomia duża
 Q92.3 Trisomia mała
 Q96.0 Karyotyp 45, X

Lista dodatkowa do sekcji N

N6

ICD-9

75.1 Amniocenteza diagnostyczna
 75.21 Wewnątrzmaciczna transfuzja wymienna
 75.22 Wprowadzenie cewnika do jamy brzusznej płodu celem wykonania transfuzji
 75.311 Fetoskopia
 75.312 Laparoamnioskopia
 75.352 Kordocenteza
 75.37 Amnioinfuzja
 88.721 Echokardiografia
 88.772 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D z analizą spektralną
 88.773 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D power doppler
 88.774 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D B-flow
 88.781 USG płodu
 91.421 Badania mikroskopowe płodu - rozmaz bakterii
 91.422 Badania mikroskopowe płodu - posiew
 91.423 Badania mikroskopowe płodu - posiew i antybiogram
 91.424 Badania mikroskopowe płodu - parazytologia
 91.425 Badania mikroskopowe płodu - toksykologia
 91.426 Badania mikroskopowe płodu - badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolaou
 91.429 Badania mikroskopowe płodu - inne badania mikroskopowe

N08AKOC Terapia wewnątrzmaciczna - 1. kategoria

wymagane wskazanie procedury z listy procedur N08A oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznai N08

ICD-9

- 75.3611 Zastosowanie fetoskopowej okluzji tchawicy z użyciem balonu - / FETO /
- 75.3612 Zastosowanie techniki fetoskopowo – laserowej do usunięcia zastawki cewki tylnej i założenia cewnika wyprowadzającego pęcherzowo – owodniowego
- 75.3613 Operacja z zastosowaniem fetoskopii i lasera
- 75.3614 Walwuloplastyka zastawki aortalnej u płodu
- 75.3615 Walwuloplastyka zastawki płucnej u płodu
- 75.3616 Implantacja stentu do przegrody międzyprzedsionkowej u płodu
- 75.3618 Operacja klasyczna z otwarciem jamy macicy „ open surgery ” bądź z wykorzystaniem fetoskopii, laseroterapii i wszyciu łat teflonowych

N08BKOC Terapia wewnątrzmaciczna - 2. kategoria

wymagane wskazanie procedury z listy procedur N08B oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań N08

ICD-9

- 75.314 Zastosowanie fetoskopii i laseroterapii w likwidowaniu anastomoz naczyniowych pomiędzy dawcą, a biorcą w zřębie łóżyiskowym
- 75.315 Zastosowanie fetoskopii, laseroterapii bądź elektrod bipolarnych w likwidowaniu połączeń pępowinowych między zdrowym płodem a acardiakiem
- 75.316 Fetoskopowe usunięcie balonu okluzyjnego po procedurze FETO - /34 hbd/
- 75.3617 Atrioseptostomia przegrody międzyprzedsionkowej u płodu (bez zastosowania stentu)
- 75.3619 Nakłucie diagnostyczne, ocena progностyczna i zastosowanie shuntu pęcherzowo – owodniowego
- 75.3620 Usunięcie torbieli płuc płodu z zastosowaniem shuntu obarczającego
- 75.3621 Odbarczanie nieprawidłowych zbiorników płynu - hydrothorax, ascites, polihydramnion i implantacja shuntu płucno – owodniowego i otrzewnowo – owodniowego
- 75.3622 Zastosowanie zastawek/ shuntów komorowo - owodniowych
- 75.3623 Implantacja shuntu odbarczającego

Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC II/III

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego w KOC II/III	Uwagi	Produkt dedykowany do sumowania z produktami rozliczeniowymi
1	2	3	4	5	6
1	5.10.99.0000127	Żywienie dojelitowe	108	- za każdy dzień żywienia - w przypadku żywienia niemowląt - produkt dotyczy niemowląt między 4 a 26 tygodniem życia - zgodnie z zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego i Metabolizmu lub, w przypadku dzieci, zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci	z produktami wymienionymi w zał. 1a
2	5.10.99.0000154	Żywienie dojelitowe mlekiem z banku mleka kobiecego lub odciągniętym mlekiem matki	184,95	za każdy dzień żywienia dojelitowego wcześniaków do ukończenia 4 tygodnia życia wieku korygowanego oraz chorych noworodków, które nie mogą być karmione piersią, do 4 tygodnia życia	
3	5.10.99.0000155	Żywienie dojelitowe mlekiem modyfikowanym	44,35	za każdy dzień żywienia dojelitowego wcześniaków do ukończenia 4 tygodnia życia wieku korygowanego oraz chorych noworodków, które nie mogą być karmione piersią, do 4 tygodnia życia	
4	5.10.99.0000128	Częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe	108	za każdy dzień żywienia	
5	5.10.99.0000129	Żywienie pozajelitowe immunomodulujące	323	za każdy dzień żywienia	
6	5.10.99.0000130	Kompletne żywienie pozajelitowe	215	za każdy dzień żywienia	
7	5.10.99.0000144	Przedłużona hospitalizacja matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka - od 5 doby od porodu	108	za osobodzień	
8	5.10.99.0000145	Leczenie przetoczeniami immunoglobulin	191	- za każdy 1 gram immunoglobulin; - dotyczy leczenia dorosłych z wyłączeniem dorosłych leczonych immunoglobulinami w ramach programów lekowych (zgodnie z kodami ICD-10 ujętymi w nazwie programu lekowego): Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych, Leczenie przetoczeniami immunoglobulin w chorobach neurologicznych - nie dotyczy podania immunoglobuliny w stanach nagłych lub w stanach zagrożenia życia w schorzeniach neurologicznych osobom leczonym w ramach programów lekowych poza ośrodkiem realizującym program	z odpowiednim ryczałtem KOC II/III wymienionym w zał. 1a
9	5.10.99.0000146	Produkt leczniczy nie zawarty w kosztach świadczenia	1	1. konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem; 2. produkt dotyczy: a) czynnika VIIa (Novoseven); b) substancji czynnej atozyban w leczeniu przedwczesnej czynności skurczowej macicy c) immunoglobuliny w profilaktyce poekspozycyjnej zakażenia wirusem Varicella Zoster (VZV) u ciężarnych i/lub osób pozostających w immunosupresji d) surfaktantu w leczeniu noworodków z zespołem zaburzeń oddychania (ZZO) nie można sumować z grupami N21KOC i N21AKOC e) tlenu azotu w leczeniu nadciśnienia płucnego u noworodków - można sumować wyłącznie z grupą N22KOC	z produktami wymienionymi w zał. 1a
10	5.10.99.0000147	Intensywna hemodializa	323	za każdy zabieg	z produktami wymienionymi w zał. 1a

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego w KOC II/III	Uwagi	Produkt dedykowany do sumowania z produktami rozliczeniowymi
1	2	3	4	5	6
11	5.10.99.0000148	Wspomaganie serca lub płuc - ECMO	40 522	- rozliczenie możliwe wyłącznie w rozpoznaniu: a) ciężkiej niewydolności oddechowej, zgodnie z zaleceniami i wytycznymi Nadzoru Krajowego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii b) hipotermii głębokiej w celu pozaustrojowego ogrzewania za pomocą ciągłej pozaustrojowej oksygenacji (przy zastosowaniu ECMO V-A lub CPB) - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 39.65	z produktami dedykowanymi neonatologii wymienionymi w zał. 1a
12	5.10.99.0000149	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z użyciem cewnika typu Broviac, Hickman lub Groshong	1 135	obejmuje koszt wyrobu medycznego (cewnika)	z produktami dedykowanymi neonatologii wymienionymi w zał. 1a
13	5.10.99.0000150	Ciągłe leczenie nerkozastępcze	2 593	za 24 - godzinny okres ciągłego leczenia	z produktami dedykowanymi neonatologii wymienionymi w zał. 1a
14	5.10.99.0000151	Hipotermia lecznicza - w leczeniu encefalopatii noworodków	1	1) rozliczenie na podstawie specyfikacji kosztowej, obejmującej wyłącznie koszty jednorazowego sprzętu, niezbędnego do wykonania procedury hipotermii leczniczej wraz z fakturami (rachunkami) potwierdzającymi koszty faktycznie poniesione; 2) produkt dotyczy noworodków - urodzonych w stanie zamartwicy ≥ 35 tyg. ciąży, z rozpoznaniem P21.1, P21.0 z objawami umiarkowanej lub ciężkiej encefalopatii niedotleniowo - niedokrwiennej (ENN), spełniających kryteria kwalifikacji do hipotermii leczniczej; 3) za co najmniej 72 godzinne (w przypadku noworodków) udokumentowane stosowanie leczniczej hipotermii, liczone od chwili osiągnięcia temperatury docelowej - konieczność wykazania procedury 99.810 albo 99.811 albo 99.813; 4) do rozliczenia wyłącznie w zakresie neonatologia - trzeci poziom referencyjny wyłącznie z grupami: N21KOC, N21AKOC, N22KOC, N22AKOC, N23KOC; 5) zgodnie z wytycznymi określonymi w lp. 31 zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego	z produktami dedykowanymi neonatologii III poziom opieki perinatalnej wymienionymi w zał. 1a
15	5.10.99.0000152	Znieczulenie ogólne lub dożylnie u dziecka	275	do rozliczenia wyłącznie w przypadku wykonania badania diagnostycznego lub zabiegu diagnostycznego	z odpowiednim ryczałtem KOC II/III wymienionym w zał. 1a lub z produktami dedykowanymi neonatologii wymienionymi w zał. 1a

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego w KOC II/III	Uwagi	Produkt dedykowany do sumowania z produktami rozliczeniowymi
1	2	3	4	5	6
16	5.10.99.0000153	Osobodzeń ponad ryczałt finansowany w ramach świadczenia	1 002	do rozliczenia za każdy osobodzeń ponad czas hospitalizacji > 30 dni	wyłącznie z produktami (N21KOC) Ciężka patologia noworodka > 30 dni i (N21AKOC) Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni
17	5.10.00.0000150	Podanie immunoglobuliny anty RhD pacjentce RhD-ujemnej	1	- konieczność udokumentowania zakupu fakturą/rachunkiem (w przypadku wykorzystania produktu leczniczego dystrybuowanego przez RCKiK nie podlega rozliczeniu), - obejmuje koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu, określonej w obowiązującym obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu, z uwzględnieniem art. 9 w zw. z art. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 523 z późn. zm.) - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 99.111	z odpowiednim ryczałtem KOC II/III wymienionym w zał. 1a
18	5.10.99.0000156	Przetoczenie krwi pełnej konserwowanej	275*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	z produktami wymienionymi w zał. 1a
19	5.10.99.0000157	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z krwi pełnej	186*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	
20	5.10.99.0000158	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z aferezy	263*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	
21	5.10.99.0000160	Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy	1000*	za każdą dawkę terapeutyczną przetoczoną pacjentowi	
22	5.10.99.0000161	Przetoczenie koncentratu granulocytarnego	1255*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	
23	5.10.99.0000162	Przetoczenie osocza świeżo mrożonego	100*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	
24	5.10.99.0000163	Przetoczenie krioprecypitatu	195*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	
25	5.10.99.0000164	Karencja składnika krwi	25*	- za każdą jednostkę - zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w zał. 1a
26	5.10.99.0000165	Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych osocza świeżo mrożonego	123*	- za każdą jednostkę - zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749), w związku z § 11 tego rozporządzenia	do rozliczania z produktami: 5.10.99.0000162, 5.10.99.0000163
27	5.10.99.0000166	Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych	506*	- za każdą dawkę terapeutyczną / jednostkę - zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w zał. 1a do rozliczania z produktami: 5.10.99.0000160, 5.10.99.0000173
28	5.10.99.0000167	Napromieniowanie krwi lub jej składników	26*	- za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatryczną / jednostkę - zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w zał. 1 do rozliczania z produktami: 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157 5.10.99.0000158, 5.10.99.0000160, 5.10.99.0000161, 5.10.99.0000173

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego w KOC II/III	Uwagi	Produkt dedykowany do sumowania z produktami rozliczeniowymi
1	2	3	4	5	6
29	5.10.99.0000168	Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników	77*	- za każdą jednostkę - zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w zał. 1a do rozliczania z produktami: 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157, 5.10.99.0000158
31	5.10.99.0000170	Przemywanie krwi lub jej składników	96*	- za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatryczną / jednostkę - zgodnie z § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w zał. 1a do rozliczania z produktami: 5.10.99.0000157, 5.10.99.0000158, 5.10.99.0000160, 5.10.99.0000173
32	5.10.99.0000171	Podział krwi lub jej składników	45*	- za każdą dawkę terapeutyczną / jednostkę - zgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w zał. 1a do rozliczania z produktami: 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157, 5.10.99.0000158, 5.10.99.0000160, 5.10.99.0000162, 5.10.99.0000173
33	5.10.99.0000172	Rekonstytucja krwi lub jej składników	138*	- za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatryczną / jednostkę - zgodnie z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w zał. 1a do rozliczania z produktami: 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157, 5.10.99.0000158, 5.10.99.0000160, 5.10.99.0000173
34	5.10.99.0000173	Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej	558,6*	- za każdą dawkę terapeutyczną przetoczoną pacjentowi - w przypadku, o którym mowa w § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749), do opłaty za dawkę terapeutyczną nie dolicza się opłaty dodatkowej za czynność połączenia pojedynczych jednostek uzyskanych z krwi pełnej	z produktami wymienionymi w zał. 1a
35	5.10.99.0000174	Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy	45*	- za każdą jednostkę - zgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w zał. 1a do rozliczania z produktami: 5.10.99.0000162
36	5.10.00.0000157	Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	15	- za osobodzień, - do rozliczenia niezbędne oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, - bezwzględne przekazanie kodu uprawnienia w przypadku pacjenta posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, - dedykowany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.	z odpowiednim ryczałtem KOC II/III wymienionym w zał. 1a lub z produktami dedykowanymi neonatologii wymienionymi w zał. 1a

(*) wartość ustalona na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2022 r. (Dz. U. poz. 1353)

KATALOG PRODUKTÓW ROZLICZENIOWYCH DZIECIĘCEJ OPIEKI KOORDYNOWANEJ (DOK)

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Uwagi, odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania		
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1		5.10.00.0000129	DOK - porada wstępna	93	- obejmuje ocenę stanu zdrowia i określenie zakresu koniecznych do wykonania badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, - produkt rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy, niezależnie od podmiotu wykonującego	możliwość sumowania produktów	
2		5.10.00.0000130	DOK - konsultacja rehabilitacyjna	99	- obejmuje szczegółową ocenę rozwoju psychoruchowego i opracowanie zaleceń co do postępowania rehabilitacyjnego, - produkt rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy, niezależnie od podmiotu wykonującego		
3		5.10.00.0000122	DOK - konsultacje specjalistyczne	246	- obejmuje ocenę stanu zdrowia dziecka wykonywaną przez co najmniej trzech specjalistów w trzech dziedzinach medycyny w szczególności spośród: 1) kardiologii dziecięcej, 2) otorynolaryngologii dziecięcej i/lub audiologii, 3) ortopedii i traumatologii narządu ruchu, 4) endokrynologii (endokrynologii i diabetologii dziecięcej), 5) chirurgii dziecięcej, 6) neurochirurgii, 7) pediatrii metabolicznej zgodnie ze wskazaniami medycznymi, - możliwość rozliczenia maksymalnie 12 produktów w ciągu 3-letniej opieki DOK		
4		5.10.00.0000123	DOK - ustalenie indywidualnego planu opieki	296	Świadczenie obejmuje: - kompleksową ocenę stanu zdrowia dziecka wykonywaną przez lekarza prowadzącego z udziałem: psychologa, neurologa, okulisty z wykonaniem niezbędnych badań oraz z udziałem lub z wykorzystaniem wyników konsultacji specjalistycznych pozostałych specjalistów, - przygotowanie indywidualnego planu opieki, w tym określenie harmonogramu kolejnych wizyt, - wydanie zaleceń co do postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, - poradnictwo w zakresie odżywiania (w tym sposobu karmienia), - sporządzenie informacji dla lekarza POZ zawierającej informacje o zakresie wykonanych konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych ze wskazaniem zaleceń co do diagnostyki, farmakoterapii i szczepień ochronnych, - obejmuje również bieżącą współpracę z lekarzem POZ, pielęgniarką POZ w miejscu zamieszkania oraz podmiotem realizującym świadczenia terapeutyczno-rehabilitacyjne oraz z asystentem rodziny, o którym mowa w ustawie „Za życiem”, - produkt rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy, niezależnie od podmiotu wykonującego.		

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Uwagi, odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania		
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
5	11.1450.200.02	5.10.00.0000124	DOK - kwartalna ocena	246	Świadczenie obejmuje: - kompleksową ocenę stanu zdrowia dziecka wykonywaną przez lekarza prowadzącego z udziałem: psychologa, neurologa, okulisty (lub innego specjalisty zgodnie ze wskazaniami medycznymi) z wykonaniem niezbędnych badań oraz z udziałem lub z wykorzystaniem wyników konsultacji specjalistycznych pozostałych specjalistów, - ocena efektów postępowania terapeutycznego, - wydanie zaleceń co do postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, - poradnictwo w zakresie odżywiania (w tym sposobu karmienia), - obejmuje również bieżącą współpracę z lekarzem POZ, pielęgniarką POZ w miejscu zamieszkania oraz podmiotem realizującym świadczenia terapeutyczno-rehabilitacyjne oraz z asystentem rodziny, o którym mowa w ustawie „Za życiem”, - możliwość rozliczenia maksymalnie 9 produktów w ciągu całej opieki DOK	Możliwość sumowania z produktami: 5.10.00.0000122, 5.10.00.0000126	świadczenie wykonywane zgodnie z charakterystyką określoną w załączniku nr 4b do zarządzenia
6		5.10.00.0000125	DOK - roczna ocena	296	Świadczenie obejmuje: - kompleksową ocenę stanu zdrowia dziecka wykonywaną przez lekarza prowadzącego z udziałem: psychologa, neurologa, okulisty (lub innego specjalisty zgodnie ze wskazaniami medycznymi) z wykonaniem niezbędnych badań oraz z udziałem lub z wykorzystaniem wyników konsultacji specjalistycznych pozostałych specjalistów, - ocena efektów postępowania terapeutycznego wraz z określeniem zasadności kontynuacji opieki DOK, a w sytuacji braku wskazań zakończenie opieki DOK, - wydanie zaleceń co do postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, - poradnictwo w zakresie odżywiania (w tym sposobu karmienia), - obejmuje również bieżącą współpracę z lekarzem POZ, pielęgniarką POZ w miejscu zamieszkania oraz podmiotem realizującym świadczenia terapeutyczno-rehabilitacyjne oraz z asystentem rodziny, o którym mowa w ustawie „Za życiem”, - możliwość rozliczenia maksymalnie 3 produktów w ciągu całej opieki DOK.	Możliwość sumowania z produktami: 5.10.00.0000122, 5.10.00.0000126	
7		5.10.00.0000126	Osobodzeń w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci w ramach DOK	119	świadczenie realizowane na zasadach określonych w zał. 1 lp. 3 lit. b rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej	Możliwość sumowania z produktami: 5.10.00.0000124, 5.10.00.0000125	

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Uwagi, odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania		
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
8		5.10.00.0000169	DOK - dodatkowa konsultacja specjalistyczna	75	- możliwość realizacji i rozliczenia w przypadku konieczności szczególnej opieki nad dzieckiem w wybranych dziedzinach medycyny z wyłączeniem rehabilitacji medycznej, - obejmuje ocenę stanu zdrowia dziecka wykonywaną przez lekarza specjalistę w jednej dziedzinie medycyny w szczególności spośród: 1) kardiologii dziecięcej, 2) otorynolaryngologii dziecięcej i/lub audiologii, 3) ortopedii i traumatologii narządu ruchu, 4) endokrynologii (endokrynologii i diabetologii dziecięcej), 5) chirurgii dziecięcej, 6) neurochirurgii, 7) pediatrii metabolicznej zgodnie ze wskazaniami medycznymi, - możliwość rozliczenia maksymalnie 8 produktów rocznie (24 produkty w ciągu 3-letniej opieki DOK)	Możliwość sumowania z produktami: 5.10.00.0000126 oraz w przypadku gdy przy realizacji produktów 5.10.00.0000124 lub 5.10.00.0000125 konieczny jest dodatkowo, oprócz lekarzy biorących udział w ocenie kwarantannej lub rocznej, udział lekarza specjalisty w innej, wybranej dziedzinie medycyny (z wyłączeniem rehabilitacji medycznej)	
9		5.10.00.0000154	DOK - zakończenie opieki	0	produkt statystyczny sprawozdawany w sytuacji zakończenia opieki DOK		

Załącznik Nr 1d do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

KATALOG PRODUKTÓW ROZLICZENIOWYCH KOORDYNOWANEJ OPIEKI NAD OSOBAMI Z CAŁOŚCIOWYMI ZABURZENIAMI ROZWOJU (KO-CZR)

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Uwagi, odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.		5.10.00.0000131	KO-CZR - porada diagnostyczna	125	Świadczenie wykonywane zgodnie z załącznikiem nr 6 lp.7 pkt 1) rozporządzenia psychiatrycznego Obejmuje ocenę stanu zdrowia i określenie zakresu koniecznych do wykonania badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, Produkt rozliczany jest maksymalnie 3 razy na rzecz danego świadczeniobiorcy, niezależnie od podmiotu wykonującego	
2.		5.10.00.0000132	KO-CZR - konsultacje specjalistyczne	118	Obejmuje ocenę stanu zdrowia dziecka wykonywaną przez co najmniej jednego specjalistę w dziedzinie medycyny w szczególności spośród: 1)kardiologii dziecięcej, 2)otorynolaryngologii dziecięcej i/lub audiologii, 3)endokrynologii (endokrynologii i diabetologii dziecięcej), 4) okulistryki, 5)neurologii dziecięcej, 6)gastroenterologii, 7) genetyki klinicznej zgodnie ze wskazaniami medycznymi, Możliwość rozliczenia maksymalnie 4 produktów w ciągu roku	
3.		5.10.00.0000133	KO-CZR - ustalenie indywidualnego planu opieki	208	Świadczenie obejmuje: - kompleksową ocenę stanu zdrowia dziecka wykonywaną przez lekarza prowadzącego z udziałem: psychologa, pedagoga specjalnego, logopedy, fizjoterapeuty z wykonaniem niezbędnych badań oraz z udziałem lub z wykorzystaniem wyników konsultacji specjalistycznych pozostałych specjalistów, - przygotowanie indywidualnego planu opieki, w tym określenie harmonogramu kolejnych wizyt, - wydanie zaleceń co do postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, - sporządzenie informacji dla lekarza POZ zawierającej informacje o zakresie wykonanych konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych ze wskazaniem zaleceń co do diagnostyki, farmakoterapii i szczepień ochronnych, - obejmuje również bieżącą współpracę z lekarzem POZ, pielęgniarką POZ, Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną w miejscu zamieszkania oraz podmiotem realizującym świadczenia terapeutyczno-rehabilitacyjne oraz z asystentem rodziny - produkt rozliczany jest tylko raz w roku stosunku do danego świadczeniobiorcy, niezależnie od podmiotu wykonującego.	

świadczenie wykonywane zgodnie z charakterystyką określoną w załączniku nr 4 do zarządzenia

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Uwagi, odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
4.	11.1450.300.02	5.10.00.0000134	KO-CZR – porada terapeutyczna	60	Świadczenie wykonywane zgodnie z załącznikiem nr 6 lp.2 pkt 2) rozporządzenia psychiatrycznego świadczenie obejmuje ocenę stanu zdrowia wykonywana przez lekarza prowadzącego, z dokonaniem ewentualnej korekty indywidualnego planu opieki	
5.		5.10.00.0000135	KO-CZR – porada kompleksowa – konsultacyjna	208	Świadczenie wykonywane zgodnie z załącznikiem nr 6 lp.7 pkt 2) rozporządzenia psychiatrycznego produkt nie może być rozliczony łącznie z produktem KO-CZR- program terapeutyczno-rehabilitacyjny	
6.		5.10.00.0000136	KO-CZR- program terapeutyczno-rehabilitacyjny	2287	Świadczenie wykonywane zgodnie z załącznikiem nr 6 lp.7 pkt 3) rozporządzenia psychiatrycznego obejmuje nie mniej niż 25 godzin miesięcznie programu terapeutycznego na rzecz jednego świadczeniobiorcy z możliwością rozliczenia w sposób narastający w okresie kwartału	
7.		5.10.00.0000137	KO-CZR-wizyta domowa	248	Świadczenie wykonywane zgodnie z załącznikiem nr 6 lp.8 pkt 6) rozporządzenia psychiatrycznego świadczenie wykonywane w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy przez przynajmniej dwie osoby z zespołu obejmującego: lekarza prowadzącego, psychologa, pedagoga specjalnego, logopedę.	
8.		5.10.00.0000138	Osobodzeń w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci w ramach KO-CZR	114	Świadczenie realizowane na zasadach określonych w zał. 1 lp. 3 lit. b rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej	
9.		5.10.00.0000139	KO-CZR- TK głowy	179		Możliwość sumowania z produktem: KO-CZR- anestezja do badania TK lub RM
10.		5.10.00.0000140	KO-CZR – RM głowy	443		Możliwość sumowania z produktem: KO-CZR- anestezja do badania TK lub RM
11.		5.10.00.0000141	KO-CZR-anestezja do badania TK lub RM	266		
12.		5.10.00.0000142	KO-CZR- badanie EEG	115		Możliwość sumowania z produktem: KO-CZR - porada diagnostyczna, KO-CZR – porada terapeutyczna
13.		5.10.00.0000155	KO-CZR - rozpoczęcie opieki	0		Produkt statystyczny sprawozdawany w sytuacji rozpoczęcia opieki KO-CZR
14.		5.10.00.0000156	KO-CZR - zakończenie opieki	0		Produkt statystyczny sprawozdawany w sytuacji zakończenia opieki KO-CZR

Załącznik Nr 2a do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

...../SOK/.....

UMOWA

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

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

- w rodzaju ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNIENIE -

w zakresie: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III)

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - Oddziałem Wojewódzkim

w z siedzibą:

..... (ADRES), reprezentowanym przez

....., zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”,

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 z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), zwanych dalej „świadczeniami”, określonymi w Planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi:

a) w 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) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,

- w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydanym na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”,

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,

- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, w związku z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329).

3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia gwarantowane w zakresie objętym umową udzielane są przez Świadczeniodawcę samodzielnie na zasadzie współrealizacji w poszczególnych komórkach organizacyjnych lub we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi na podstawie podwykonawstwa albo wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach.

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

3. Dane o wykazie współrealizatorów określone są w **załączniku nr 5** do umowy.

4. W przypadku realizacji umowy przez Świadczeniodawcę we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi „Wykaz podwykonawców” stanowi **załącznik nr 3** do umowy.

5. W przypadku wspólnej realizacji umowy na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach, dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawców innych niż podmiot koordynujący (co do zasady podpisujący umowę, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach - szpital posiadający oddział położniczo-ginekologiczny lub inny zgodny z profilem realizowanych świadczeń) wykazywane są z zastosowaniem **załącznika nr 2** do umowy.

6. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podmioty spełniające warunki określone dla Świadczeniodawców w przepisach odrębnych i w warunkach zawierania umów.

7. Dopuszczalne jest zlecanie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

8. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą 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 Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń oraz jej wynikach.

9. Zaprzeszanie 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.

10. Świadczeniodawca 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.

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

12. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

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

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Oddziału 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 warunków umów.

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

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

5. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

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

Dane posiadacza rachunku bankowego:

nr

7. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 6, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do umowy.

8. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

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

10. Faktury z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przysyłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez system informatyczny udostępniany przez Fundusz, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

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

2. Informację, o której mowa w ust. 1, Świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu comiesięcznie w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymagany przez Oddział Funduszu, w zakresie wskazanym w **załączniku nr 4** do zarządzenia, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 2.

KARY UMOWNE

§ 6. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy lub pozostałych podmiotów biorących udział w realizacji umowy, 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 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 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 Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

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

7. 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 za trzy 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.

§ 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 – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego;
- 5) załącznik nr 5 do umowy – Wykaz współrealizatorów.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

Oddział Funduszu

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

rodzaj świadczeń: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (KOC II/III)						wersja		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ		
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ										
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych										
ROK - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych zł (słownie -)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....**										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje			Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
			Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
			Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje						
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu		
Kod miejsca		Nazwa miejsca				
Adres miejsca					TERYT	
				Styczeń	Luty	Marzec
		<i>liczba * cena</i>				
		<i>wartość</i>				
				Kwiecień	Maj	Czerwiec
		<i>liczba * cena</i>				
		<i>wartość</i>				
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień
		<i>liczba * cena</i>				
		<i>wartość</i>				
				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

rodzaj świadczeń: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (KOC II/III)

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu								
I. Miejsce udzielania świadczeń												
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)		Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)	Profil IX-X cz.KR*(g)	Status **		
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń												
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**			
III. Personel												
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)		St. specjal. (f)	NPWZ (g)	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)		
IV. Sprzęt												
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)				Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)		Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **

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 2022 r. 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)

**** 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**rodzaj świadczeń: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (KOC II/III)**

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
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		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

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

WYKAZ WSPÓLREALIZATORÓW

rodzaj świadczeń: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (KOC II/III)

zdrowotne			
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	

Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji	Przedmiot świadczeń współrealizatora
Opis przedmiotu współrealizacji	

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

Załącznik Nr 2b do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

...../SOK/.....

UMOWA

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

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ w rodzaju ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI - w zakresie: Dziecięca opieka koordynowana (DOK)

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - **Oddziałem Wojewódzkim**
w z siedzibą:
..... (ADRES), reprezentowanym przez
....., zwanym dalej „**Oddziałem Funduszu**”,

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 z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – Dziecięca opieka koordynowana (DOK), zwanych dalej „świadczeniami”, określonymi w Planie rzeczowo-finansowym stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi:

a) w 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) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie Dziecięca opieka koordynowana (DOK), określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach w związku z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329).

3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia gwarantowane w zakresie objętym umową udzielane są przez Świadczeniodawcę samodzielnie na zasadzie współrealizacji w poszczególnych komórkach organizacyjnych lub we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi na podstawie podwykonawstwa albo wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach.

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

3. Dane o wykazie współrealizatorów określone są w **załączniku nr 5** do umowy.

4. W przypadku realizacji umowy przez Świadczeniodawcę we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi „Wykaz podwykonawców” stanowi **załącznik nr 3** do umowy.

5. W przypadku wspólnej realizacji umowy na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach, dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawców innych niż podmiot koordynujący (co do zasady podpisujący umowę, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach - poradnia neonatologiczna będąca w strukturze organizacyjnej szpitala posiadającego oddział neonatologiczny (co najmniej III poziom referencyjny) wykazywane są z zastosowaniem **załącznika nr 2** do umowy.

6. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podmioty spełniające warunki określone dla Świadczeniodawców w przepisach odrębnych i w warunkach zawierania umów.

7. Dopuszczalne jest zlecanie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

8. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą 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 Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń oraz jej wynikach.

9. Zaprzeszanie 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.

10. Świadczeniodawca 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.

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

12. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

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

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Oddziału 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 warunków umów.

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

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

5. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

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

Dane posiadacza rachunku bankowego:

nr.....

7. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 6, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do umowy.

8. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

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

10. Faktury z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przysyłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez system informatyczny udostępniany przez Fundusz, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

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

2. Informację, o której mowa w ust. 1, Świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu comiesięcznie w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu, w zakresie wskazanym w **załączniku nr 4b** do zarządzenia, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 2.

KARY UMOWNE

§ 6. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy lub pozostałych podmiotów biorących udział w realizacji umowy, 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 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 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 Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

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

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

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

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

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za trzy 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.

§ 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 – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego;
- 5) załącznik nr 5 do umowy – Wykaz współrealizatorów.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

Oddział Funduszu

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

rodzaj świadczeń: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (DOK)						wersja		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ		
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ										
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych										
ROK - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych zł (słownie -)										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....**										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje			Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)
			Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
			Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje										
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu						
Kod miejsca		Nazwa miejsca								

Adres miejsca				TERYT	
		Styczeń	Luty	Marzec	
	<i>liczba * cena</i>				
	<i>wartość</i>				
		Kwiecień	Maj	Czerwiec	
	<i>liczba * cena</i>				
	<i>wartość</i>				
		Lipiec	Sierpień	Wrzesień	
	<i>liczba * cena</i>				
	<i>wartość</i>				
		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

rodzaj świadczeń: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (DOK)

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu								
I. Miejsce udzielania świadczeń												
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)		Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)	Profil IX-X cz.KR*(g)	Status **		
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń												
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**			
III. Personel												
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)		St.specjal. (f)	NPWZ (g)	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)		
IV. Sprzęt												
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)				Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)		Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **

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 2022 r. 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)

**** 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**rodzaj świadczeń: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (DOK)**

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
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		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

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

WYKAZ WSPÓLREALIZATORÓW

rodzaj świadczeń: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (DOK)

UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓLREALIZATORA			
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	

Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji	Przedmiot świadczeń współrealizatora
Opis przedmiotu współrealizacji	

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

Załącznik Nr 2c do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

...../SOK/.....

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
w rodzaju ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI
- w zakresie: koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju
(KO-CZR)**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - Oddziałem Wojewódzkim
w z siedzibą:
..... (ADRES), reprezentowanym przez
....., zwanym dalej „Oddziałem Funduszu”,

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 z zakresu, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień rehabilitacji leczniczej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – Koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR), zwanych dalej „świadczeniami”, określonymi w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi:

a) w 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) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wydanym na podstawie art. 31d ustawy,
- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie Koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR), określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach w związku z oraz art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329), zwanymi dalej „szczegółowymi warunkami umów”.

3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapoznania z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji Świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia gwarantowane w zakresie objętym umową udzielane są przez Świadczeniodawcę samodzielnie na zasadzie współrealizacji w poszczególnych komórkach organizacyjnych lub we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi na podstawie podwykonawstwa albo wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach.

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

3. Dane o wykazie współrealizatorów określone są w **załączniku nr 5** do umowy.

4. W przypadku realizacji umowy przez Świadczeniodawcę we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi „Wykaz podwykonawców” stanowi **załącznik nr 3** do umowy.

5. W przypadku wspólnej realizacji umowy na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach, dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawców innych niż podmiot koordynujący (co do zasady podpisujący umowę, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach - poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci lub poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym) wykazywane są z zastosowaniem **załącznika nr 2** do umowy.

6. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podmioty spełniające warunki określone dla Świadczeniodawców w przepisach odrębnych i w warunkach zawierania umów.

7. Dopuszczalne jest zlecanie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

8. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą 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 Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń oraz jej wynikach.

9. Zaprzeszanie 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.

10. Świadczeniodawca 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.

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

12. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

§ 3. Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany 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.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 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 warunków umów.

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

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

5. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

6. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: nr
.....

7. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 6, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do umowy.

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

9. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

10. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać 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 faktury.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

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

2. Informację, o której mowa w ust. 1, Świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu comiesięcznie w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu, w zakresie wskazanym w załączniku nr 4 do zarządzenia, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 2.

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 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 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 Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

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

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

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 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, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1.

§ 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** – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego,
- 5) **Załącznik nr 5 do umowy** – Wykaz współrealizatorów.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

Oddział Funduszu

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

rodzaj świadczeń:				wersja		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego :..... OW NFZ		
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ								
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych								
ROK - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych zł (słownie -)								
Okres rozliczeniowy od..... do.....								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								
Okres rozliczeniowy od..... do.....**								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje								
Razem pozycje	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)
	Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
	Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
	Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje					
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu	
Kod miejsca		Nazwa miejsca			
Adres miejsca					TERYT
			Styczeń	Luty	Marzec
<i>liczba * cena</i>					
<i>wartość</i>					
			Kwiecień	Maj	Czerwiec
<i>liczba * cena</i>					
<i>wartość</i>					
			Lipiec	Sierpień	Wrzesień
<i>liczba * cena</i>					
<i>wartość</i>					
			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**rodzaj świadczeń:**

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu						
I. Miejsce udzielania świadczeń										
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)		Adres miejsca (d)		VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)	Profil IX-X cz.KR*(g)	Status **	
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń										
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**	
III. Personel										
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		St.specjal. (f)	NPWZ (g)	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****			
IV. Sprzęt										
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)			Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **

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 2022 r. poz. 633, z późn.zm.)

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

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy

**** 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

rodzaj świadczeń:.....

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
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		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

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

WYKAZ WSPÓLREALIZATORÓW

rodzaj świadczeń:.....

UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓLREALIZATORA			
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	

Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji	Przedmiot świadczeń współrealizatora
Opis przedmiotu współrealizacji	

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

Załącznik Nr 3a do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

Warunki wymagane do zawarcia umowy

11.1450.100.02 KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY NA II LUB III POZIOMIE OPIEKI PERINATALNEJ (KOC II/III)	
1.1 WARUNKI WYMAGANE - szpital - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego	
	1) warunki ogólne - wynikające z § 4 ust. 1 pkt 1 - 7, § 5, § 5a, § 6, § 6b, §7 i § 9 rozporządzenia szpitalnego; 2) warunki szczegółowe - wynikające z załączniku nr 3 do rozporządzenia szpitalnego - w przypadku II poziomu opieki perinatalnej - spełnienie wymagań określonych w cz. I Lp. 38 Położnictwo i ginekologia oraz Lp. 27 neonatologia - w przypadku III poziomu opieki perinatalnej - spełnienie wymagań określonych w cz. I Lp. 39 Położnictwo i ginekologia oraz Lp. 28 neonatologia
1.2 WARUNKI WYMAGANE - poradnia - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia AOS: Lp. 34 (Poradnia specjalistyczna - położnictwo i ginekologia)
1.3 WARUNKI WYMAGANE DO ZAWARCIA UMOWY - na podstawie: art. 7 ustawy „Za życiem”	
1.3.1 Wymagania formalne	Posiadanie w strukturze organizacyjnej (wpis w rejestrze): 1) oddziału szpitalnego o profilu położniczo - ginekologicznym lub innym zgodnym z zakresem realizowanych świadczeń - spełniającego warunki właściwe dla II lub III poziomu referencyjnego 2) poradni położniczo - ginekologicznej; - dodatkowo możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni położniczo - ginekologicznych lub praktyk lekarskich (indywidualnych lub grupowych) na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; 3) oddziału szpitalnego o profilu neonatologia - spełniającego warunki właściwe dla II lub III poziomu referencyjnego
1.3.2 Personel medyczny	Zapewnienie opieki lekarskiej i położnych lub pielęgniarskiej, w wymiarze zapewniającym kobietom w ciąży, także w sytuacji występowania powikłań, ambulatoryjną i stacjonarną opiekę perinatalną odpowiednią do stanu zdrowia ciężarnej oraz przebiegu ciąży lub porodu. W przypadku II poziomu referencyjnego położnictwa i neonatologii: 1) lekarze - równoważnik co najmniej 7 etatów lekarzy, w tym co najmniej 4 lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie neonatologii lub pediatrii - zapewniających świadczenia w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym w KOC II/III we wszystkie dni tygodnia; 2) położne - równoważnik co najmniej: a) 0,44 etatu położnej na 1 łóżko w systemie "matka z dzieckiem" - w oddziale położniczym, b) 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na 1 stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji lub opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego c) 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na 1 stanowisko intensywnej terapii noworodka - zapewniające całodobową opiekę okołoporodową nad kobietą i dzieckiem w KOC II/III we wszystkie dni tygodnia, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej

	<p>W przypadku III poziomu referencyjnego położnictwa i neonatologii:</p> <p>1) lekarze - równoważnik co najmniej 8 etatów lekarzy, w tym co najmniej 6 lekarzy specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz 3 lekarzy specjalistów w dziedzinie neonatologii albo równoważnik 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie neonatologii oraz równoważnik co najmniej 1 etatu specjalista pediatrii lub w trakcie specjalizacji z neonatologii - zapewniających świadczenia w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym w KOC II/III we wszystkie dni tygodnia;</p> <p>2) położne - równoważnik co najmniej:</p> <p>a) 0,44 etatu położnej na 1 łóżko w systemie "matka z dzieckiem" - w oddziale położniczym,</p> <p>b) 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na 1 stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji lub opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego</p> <p>c) 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na 1 stanowisko intensywnej terapii noworodka - zapewniające całodobową opiekę okołoporodową nad kobietą w KOC II/III we wszystkie dni tygodnia, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej;</p> <p>3) psycholog</p> <p>4) edukator lub konsultant lub doradca do spraw laktacji (położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub położna z co najmniej rocznym doświadczeniem zawodowym, która ukończyła kurs specjalistyczny z zakresu laktacji zgodnie z programem opracowanym przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych).</p>
1.3.3 Organizacja udzielania świadczeń	<p>1) zapewnienie terminowego wykonania procedur medycznych, zgodnie z rozporządzeniem o opiece okołoporodowej oraz zgodnie ze wskazaniami klinicznymi;</p> <p>2) zapewnienie konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;</p> <p>3) zapewnienie diagnostyki prenatalnej, a w przypadkach prenatalnego zdiagnozowania:</p> <p>a) wad rozwojowych płodu - zapewnienie dostępności do leczenia wewnątrzmacicznego (dotyczy świadczeniodawców III poziomu opieki perinatalnej),</p> <p>b) ciężkich, nieuleczalnych chorób płodu - zapewnienie dostępności do specjalistycznej opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami medycznymi;</p> <p>4) zapewnienie wykonania poszerzonego badania klinicznego noworodka przez lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii lub lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii w okresie pierwszych 12 godzin życia noworodka;</p> <p>5) zapewnienie całodobowej opieki lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub perinatologii lub endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości w warunkach sali porodowej;</p> <p>6) stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji;</p> <p>7) możliwość wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego - całodobowo;</p> <p>8) zapewnienie poradnictwa laktacyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem matek dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g;</p> <p>9) zapewnienie opieki psychologicznej, w szczególności w przypadkach kobiet w ciąży z uprzednio rozpoznaną i udokumentowaną wadą rozwojową płodu lub ciężką, nieuleczalną chorobą płodu (dotyczy świadczeniodawców III poziomu opieki perinatalnej);</p> <p>10) harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów;</p> <p>11) całodobowa możliwość kontaktu telefonicznego dla kobiet objętych opieką koordynowaną oraz możliwość uzyskania konsultacji 24h/dobę. Rejestracja na nośniku wszystkich zgłoszeń i połączeń telefonicznych;</p> <p>12) posiadanie schematu organizacyjnego realizacji KOC II/III;</p> <p>13) ustalone zasady współpracy i konsultacji z ośrodkiem III poziomu referencyjnego (dotyczy świadczeniodawców II poziomu opieki perinatalnej),</p>
1.3.4 Zapewnienie realizacji badań	<p>1) badania laboratoryjne - w dostępie.</p> <p>2) badania ultrasonograficzne - w lokalizacji.</p>
1.3.5	Aparat ultrasonograficzny posiadający co najmniej prezentację 2D w czasie rzeczywistym, co najmniej 128-stopniową skalę szarości, możliwość pomiaru odległości

Wypożyczenie sprzętu i aparaturę medyczną	(co najmniej dwóch pomiarów), obwodu i pola powierzchni oraz program położniczy, wyposażony w głowice przezbrzuszną i przezpochwową z możliwością dokumentacji fotograficznej i elektronicznej, zgodnie z wymogami PTG/FMF.
1.3.6 Pozostałe warunki	1) koordynacja wszystkich działań związanych z pełnoprofilową opieką nad kobietą w okresie ciąży, porodu, a także w przypadkach występowania powikłań lub w sytuacji niepowodzeń położniczych, oraz opieką nad noworodkiem a następnie niemowlęciem do 6 tygodnia życia lub dłużej w przypadku wskazań medycznych; 2) sprawowanie nadzoru audytowego przez ośrodek III stopnia (umowa o współpracy i posiadanie procedur uzyskiwania konsultacji oraz przekazania pacjentki do podmiotu o wyższym poziomie referencyjnym).

Załącznik Nr 3b do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

Warunki wymagane do zawarcia umowy

11.1450.200.02 DZIECIĘCA OPIEKA KOORDYNOWANA (DOK)	
1.1 WARUNKI WYMAGANE - poradnia - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia AOS: Lp. 33 (Poradnia specjalistyczna - neonatologia)
1.2 WARUNKI WYMAGANE - rehabilitacja - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 1 lp. 3 lit. b rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej
1.3 WARUNKI WYMAGANE - na podstawie art. 7 ustawy "Za życiem"	
1.3.1 Wymagania formalne i personel medyczny	<ul style="list-style-type: none">1) posiadanie w strukturze organizacyjnej (wpis w rejestrze): Przyszpitalnej poradni neonatologicznej przy oddziale neonatologicznym III stopnia referencyjności.2) zapewnienie:<ul style="list-style-type: none">a) konsultacji specjalistycznych:<ul style="list-style-type: none">- lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii dziecięcej, rehabilitacji medycznej, okulistyki, kardiologii dziecięcej, otorynolaryngologii dziecięcej i/lub audiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, endokrynologii (endokrynologii i diabetologii dziecięcej), chirurgii dziecięcej, neurochirurgii wraz z niezbędnymi badaniami diagnostycznymi oraz- psychologa, logopedy (neurologopedy), dietetyka, doradcy (edukatora) laktacyjnegob) rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym (w ramach własnej struktury lub podwykonawstwa)
1.3.2 Organizacja udzielania świadczeń	Harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów

Załącznik Nr 3c do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

Warunki wymagane do zawarcia umowy

11.1450.300.02 Koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR)	
1.1 WARUNKI WYMAGANE - poradnia - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 6 do rozporządzenia: Lp. 2 (Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży) lub Lp. 7 (Świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju)
1.3 WARUNKI WYMAGANE - rehabilitacja - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 1 lp. 3 lit. b rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej
1.4 WARUNKI WYMAGANE - na podstawie art. 7 ustawy "Za życiem"	
1.4.1 Wymagania formalne i personel medyczny	1) posiadanie w strukturze organizacyjnej (wpis w rejestrze): poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci lub poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym 2) zapewnienie: a) konsultacji specjalistycznych: - lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii dziecięcej, rehabilitacji medycznej, okulistyki, kardiologii dziecięcej, otorynolaryngologii dziecięcej i/lub audiologii, gastroenterologii, endokrynologii wraz z niezbędnymi badaniami diagnostycznymi; b) rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym (w ramach własnej struktury lub podwykonawstwa); c) konsultacji specjalisty w dziedzinie genetyki klinicznej; d) badań obrazowych RM i TK z anestezją; e) badań EEG
1.4.2 Organizacja udzielania świadczeń	Harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów

Załącznik Nr 4a do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

Opis świadczenia

KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY NA II LUB III POZIOMIE OPIEKI PERINATALNEJ (KOC II/III)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa świadczenia	Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III)
1.2	Określenie świadczenia	<p>Celem świadczenia jest zapewnienie kobietom w ciąży, skoordynowanej opieki, realizowanej na II lub III poziomie opieki perinatalnej, obejmującej specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, poród i opiekę nad noworodkiem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje. Prowadzenie ciąży przez położną, przedporodowa i poporodowa opieka położnej finansowane są odrębnie.</p> <p>Opieka realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC II/III, opracowanym przez podmiot koordynujący KOC II/III.</p> <p>Podmiotem koordynującym (co do zasady podpisującym umowę, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a 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.) jest szpital posiadający oddział położniczo-ginekologiczny lub inny zgodny z profilem realizowanych świadczeń. Do umowy, zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329), przystąpić mogą świadczeniodawcy spełniający odpowiednie warunki określone w załączniku nr 3a do zarządzenia.</p> <p>Wszystkie działania nadzoruje i całością opieki zarządza podmiot koordynujący, który:</p> <ol style="list-style-type: none">1) przygotowuje dla pacjentek „Informację dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży” (informacja KOC II/III), określoną w załączniku nr 5 do zarządzenia;2) przed włączeniem kobiety do systemu finansowania w ramach KOC II/III, zobowiązany jest do uzyskania od pacjentki udokumentowanej zgody, która w uzasadnionych przypadkach umożliwi przekazywanie informacji o objęciu opieką KOC II/III innym podmiotom realizującym świadczenia położnictwa i ginekologii w ramach umów z Funduszem, bezpośrednio z systemu informatycznego Funduszu lub przez podmiot koordynujący. Kopia tego dokumentu powinna zostać w historii choroby;3) opracowuje schemat organizacyjny realizacji KOC II/III;

		<p>4) przygotowuje indywidualne plany opieki perinatalnej;</p> <p>5) realizuje i zapewnia świadczenia w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego, związane z ciążą i porodem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizację;</p> <p>6) koordynuje cały proces opieki;</p> <p>7) zapewnia możliwość 24h kontaktu zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC II/III;</p> <p>8) koordynuje czynności związane z zapewnieniem i wykonaniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;</p> <p>9) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;</p> <p>10) współpracuje z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką POZ, na liście których znajduje się kobieta w ciąży;</p> <p>11) posiada ustalone zasady konsultacji i współpracy z ośrodkiem III poziomu referencyjnego (dotyczy świadczeniodawców II poziomu opieki perinatalnej), który zapewnia konsultacje w przypadkach wystąpienia nieprawidłowości w przebiegu ciąży;</p> <p>12) w przypadkach występowania powikłań lub opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, zapewnia opiekę psychologiczną obejmującą: diagnozę kliniczną, w tym diagnozę sytuacji kryzysowej, interwencję kryzysową, pomoc w efektywnym radzeniu sobie z sytuacją trudną, a w przypadku śmierci dziecka z sytuacją utraty, wsparcie emocjonalne, realizowane w formie porad psychologicznych i psychoterapii indywidualnej lub grupowej udzielanych odpowiednio przez psychologa lub psychoterapeutę posiadających co najmniej dwuletnie doświadczenie kliniczne w zakresie opieki perinatalnej i hospicyjnej ;</p> <p>13) w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KOC II/III, odpowiada za odnotowanie tego faktu w historii choroby oraz niezwłocznie w systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KOC II/III.</p>
1.3	Częstość występowania sytuacji zdrowotnej	Około 220 000 osób w Polsce
1.4	Kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców wymagających udzielenia świadczenia/ kryteria dyskwalifikacji	<p>Do objęcia opieką w ramach świadczenia kwalifikują się kobiety w ciąży, które wybrały formę opieki koordynowanej realizowanej w ramach umowy KOC II/III .</p> <p>W przypadku wystąpienia nieprawidłowości przekraczających kompetencje opieki w ośrodku II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka III poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym.</p> <p>W sytuacji objęcia opieką KOC II/III, nie istnieje możliwość rozliczania w podmiotach świadczących usługi poza KOC II/III świadczeń położniczych tożsamyh z zakresem świadczeń realizowanych w KOC II/III.</p>
1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	<p>23.08 Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej</p> <p>89.00 Badanie i porada lekarska, konsultacja</p> <p>89.04 Opieka pielęgniarki lub położnej</p> <p>89.041 Badanie i porada położnej prowadzącej ciążę</p> <p>89.042 Edukacyjna wizyta położnej w okresie 21-31 tyg. ciąży</p> <p>89.043 Edukacyjna wizyta położnej w okresie 32 tygodni do porodu</p> <p>89.045 Edukacyjna wizyta laktacyjna</p>

	<p> A01 Badanie ogólne moczu (profil) C53 Morfologia krwi 8-parametrowa lub C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów (leukocytów) E31 Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anti-Rh(D) (profilaktyka konfliktu RhD) E65 Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh (D) F89 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała całkowite L43 Glukoza L69 Hormon tyreotropowy (TSH) U79 Treponema pallidum Przeciwciała (anty- T.pallidum) V22 Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała V39 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen V48 Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV) X35 Toxoplasma gondii Przeciwciała </p> <p> 72.1 Kleszcze wyjściowe z nacięciem krocza 72.71 Próżniociąg położniczy z nacięciem krocza 72.79 Próżniociąg położniczy – inny 73.71 Poród samoistny bez nacięcia krocza 73.72 Poród samoistny z nacięciem krocza i następowym zeszcieniem 73.73 Poród samoistny odebrany przez położną, która prowadziła ciążę 73.8 Operacje na płodzie ułatwiające poród 74.0 Klasyczne cięcie cesarskie 74.1 Cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy 74.2 Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe 75.1 Amniocenteza diagnostyczna 75.21 Wewnątrzmaciczna transfuzja wymienna 75.22 Wprowadzenie cewnika do jamy brzusznej płodu celem wykonania transfuzji 75.311 Fetoskopia 75.312 Laparoamnioskopia 75.352 Kordocenteza 75.36 Korekcja wady rozwojowej płodu 75.37 Amnioinfuzja 75.4 Ręczne wydobycie łożyska 75.62 Zeszcienie świeżego położniczego uszkodzenia odbytu i zwieracza odbytu 75.691 Zeszcienie sromu i krocza 75.693 Zabieg naprawczy krocza 75.694 Zabieg naprawczy pochwy </p>
--	--

	<p> 75.695 Zabieg naprawczy sromu 75.696 Wtórne zeszytanie nacięcia krocza 75.71 Ręczna kontrola jamy macicy po porodzie 75.72 Instrumentalna kontrola jamy macicy po porodzie 75.81 Położnicza tamponada macicy 75.82 Położnicza tamponada pochwy 75.94 Ręczne odprowadzenie wynicowanej macicy 88.721 Echokardiografia 88.772 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D z analizą spektralną 88.773 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D power doppler 88.774 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D B-flow 88.781 USG płodu 89.393 Kardiotokografia 91.447 Badanie mikroskopowe materiału z dróg rodnych biologicznego – badanie cytologiczne 91.821 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy 91.891 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni 100.31 Znieczulenie zewnątrzoponowe (do 2 godzin) 100.32 Znieczulenie zewnątrzoponowe (powyżej 2 godzin) 100.33 Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe (od 2 do 4 godzin) 100.34 Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe (powyżej 4 godzin) 94.09 Psychologiczna ocena stanu psychicznego - inne niż wymienione 94.44 Terapia grupowa – inne </p> <p> 75.32 Ekg płodu – z owłosionej skóry głowy 75.33 Pobranie próbki krwi płodu z owłosionej skóry głowy 75.381 Przeszyjkowe monitorowanie saturacji tlenem krwi płodu 75.382 Przeszyjkowe monitorowanie ciśnienia parcjalnego tlenu u płodu 87.039 TK perfuzyjna mózgu 87.049 TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym 88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego 88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym 88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym 88.711 Oznaczenie przemieszczenia mózgu w linii środkowej 88.712 Echoencefalografia 88.771 Badanie usg zakrzepicy żył głębokich 88.782 Wewnątrzmaciczna cefalometria </p>
--	---

		<p>88.783 Lokalizacja łożyska w USG</p> <p>88.789 Diagnostyka USG macicy ciężarnej - pełna</p> <p>89.662 pH-metria krwi płodu z owłosionej skóry głowy</p> <p>91.86 Badanie mikroskopowe materiału z innych miejsc - badanie pakietu komórek i cytologia metodą Papanicolau</p> <p>oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach inne procedury ICD-9</p>
1.6	Oczekiwane wyniki postępowania	Pełnoprofilowa opieka nad kobietą w ciąży, realizowana zgodnie ze standardami gwarantująca, w przypadkach występowania powikłań lub sytuacji niepowodzeń położniczych, wczesne postawienie diagnozy i odpowiednie postępowanie terapeutyczne oraz zapewnienie wielodzielnicowej skoordynowanej specjalistycznej opieki nad matką i noworodkiem, ze szczególnym uwzględnieniem opieki psychologicznej.
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	Zakres informacji oczekiwanych na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	Zapewnienie wykonania procedur przewidzianych przepisami prawa oraz niniejszego zarządzenia pozwalających na monitorowanie przebiegu ciąży i wczesne wykrycie pojawiających się nieprawidłowości, a także uzyskanie od pacjentek oceny jakości sprawowanej opieki.
2.2	Organizacja udzielania świadczenia	<p>1)włączenie do opieki skoordynowanej następuje podczas pierwszej porady udzielanej ciężarnej kobiecie w komórce realizującej KOC II/III. Odnotowanie tego faktu w systemie informatycznym, udostępnionym przez Fundusz do monitorowania KOC II/III powinno nastąpić niezwłocznie, najpóźniej do 3 dni od daty pierwszej porady;</p> <p>2)osobą prowadzącą ciążę może być położna lub lekarz położnik-ginekolog, zgodnie z wyborem kobiety objętej KOC II/III i wskazaniami medycznymi;</p> <p>3)po dokonaniu wyboru formy opieki w czasie ciąży i porodu, kobieta uzyskuje informację KOC II/III, która zawiera m.in. dane kontaktowe osoby (np. położnej), która będzie współpracować z pacjentką, oraz wykaz miejsc udzielania świadczeń w okresie objęcia opieką skoordynowaną;</p> <p>4)w ramach KOC II/III zapewniona powinna być możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, jeżeli wynika to z indywidualnego planu opieki perinatalnej, z zachowaniem możliwości dostępu do świadczeń 24h na dobę w przypadku wskazań medycznych;</p> <p>5)podmiot koordynujący odpowiada za realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w ustawie o zdrowiu, w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej, a także zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej.</p>
2.3	Zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	Zgodnie z załącznikiem nr 3a do zarządzenia

2.4	Specyfikacja kosztów świadczenia sposób finansowania	<p>1) wycena świadczeń KOC II/III (zwana dalej: „wyceną KOC II/III”), określona jest w załączniku nr 1a do zarządzenia w lp. 1, 2 i 3. Obejmuje ona opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do czasu wypisania ze szpitala;</p> <p>2) rozliczeniu świadczeń w danym okresie sprawozdawczym zgodnie z wyceną KOC II/III, podlega liczba świadczeń KOC II/III, odpowiadająca liczbie porodów zakończonych wypisem ze szpitala lub przeniesieniem na inny oddział szpitalny w przypadku wskazań medycznych, w tym okresie sprawozdawczym, z uwzględnieniem przepisów załącznika nr 1a lub 1b;</p> <p>3) wycena KOC II/III obejmuje odpowiedni ryczałt KOC II/III, uwzględniający opiekę przedporodową, poród oraz opiekę nad noworodkiem do momentu wypisania ze szpitala;</p> <p>4) ryczałt KOC II/III zróżnicowany jest w zależności od tygodnia ciąży, w którym kobieta została objęta opieką KOC II/III;</p> <p>5) w przypadku wystąpienia powikłań w przebiegu ciąży, porodu lub w opiece nad noworodkiem, istnieje możliwość dosumowania do odpowiedniego ryczałtu KOC II/III dodatkowych procedur, zgodnie z opisem w załączniku nr 1a lub 1b;</p> <p>6) liczba porodów, o której mowa w pkt 2, będąca podstawą rozliczenia przez Fundusz, dokonywana jest w oparciu o dane zatwierdzone przez świadczeniodawcę w programie informatycznym udostępnionym przez Fundusz;</p> <p>7) po osiągnięciu wskazanych parametrów jakościowych, odpowiedni ryczałt KOC II/III, ulega zwiększeniu w wysokości uzależnionej od spełnienia parametrów obejmujących:</p> <p>a) odsetek kobiet objętych KOC II/III, które pozostawały w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży – wzrost o 4%,</p> <p>b) odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – wzrost o 2%,</p> <p>c) odsetek cięć cesarskich – wzrost o 2%,</p> <p>d) przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną, i uzyskanie co najmniej 50% zwrotnych odpowiedzi – wzrost o 1%,</p> <p>e) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągle – wzrost o 1%.</p> <p>8) po upływie trzech miesięcy, licząc od miesiąca w którym rozpoczęto realizację umowy, a następnie w okresach trzymiesięcznych, dokonywana jest ocena spełnienia wymienionych wyżej parametrów jakościowych, pod warunkiem, że przeprowadzono co najmniej 100 porodów w okresie analizowanych trzech miesięcy. Skutek spełnienia ocenianych parametrów, uwzględniany jest przy finansowaniu świadczeń KOC II/III w okresie następnych trzech miesięcy;</p> <p>9) w przypadku wystąpienia poronienia rozliczanie następuje w ramach umowy na leczenie szpitalne;</p> <p>10) jeżeli w przypadku realizacji KOC II/III wystąpiły wskazania do hospitalizacji w oddziale anestezjologii i</p>
-----	--	--

		<p>intensywnej terapii, lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, rozliczenie pobytu w OAiIT, następuje w ramach umowy na leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń: anestezjologia i intensywna terapia;</p> <p>11) w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych wymagających opieki psychologicznej, świadczenie to można zsumować do wyceny odpowiedniego ryczału KOC II/III zgodnie z załącznikiem nr 1a;</p> <p>12) wycena KOC II/III obejmuje także opiekę nad noworodkiem do wypisania z oddziału położniczego lub neonatologicznego;</p> <p>13) w sytuacji hospitalizacji w oddziale neonatologicznym noworodków, których stan kliniczny wymaga hospitalizacji kwalifikujących do rozliczenia w oparciu o odrębną wycenę świadczeń, zgodnie z załączniku nr 1a lub 1b, stosuje się odrębne rozliczanie i finansowanie;</p> <p>14) podmiot realizujący KOC II/III obowiązany jest do udzielania świadczeń z zakresu KOC II/III, wszystkim zgłaszającym się ciężarnym, niezależnie od zaawansowania ciąży, oraz noworodkom zgodnie ze wskazaniami medycznymi w sytuacji kiedy poród odbył się w ośrodku o niższym poziomie referencyjnym;</p> <p>15) w ramach KOC II/III realizowane powinny być konsultacje specjalistyczne w różnych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi, nie jest natomiast uwzględnione przewlekłe leczenie związane ze schorzeniami innych narządów prowadzone w poradniach innych specjalności niż położnictwo i ginekologia.</p>
2.5	Pozostałe zasady rozliczania	<p>Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie - przez podmiot realizujący umowę w zakresie KOC II/III - świadczeń udzielonych kobiecie w ciąży związanych z ciążą, porodem będących przedmiotem tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209, z późn. zm.).</p> <p>W przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KOC II/III, Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy, świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS (typ umowy – 02/01) oraz leczenia szpitalnego, zgodnie z przepisami odpowiednich zarządzeń.</p>
3.	Dane do sprawozdawczości	
		Zgodnie z systemem informatycznym udostępnionym przez Fundusz.
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	
		Zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie prowadzenia ciąży.
5.	Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń	

		<p><u>Dla podmiotów II poziomu referencyjnego:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) procentowy udział liczby kobiet objętych KOC II/III pozostających w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży – 60%; 2) odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 75%; 3) odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – 100%; 4) odsetek cięć cesarskich – poniżej 30%; 5) przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta i uzyskanie co najmniej 50% zwrotnych odpowiedzi; 6) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągle – 10% lub więcej; 7) liczba noworodków urodzonych w złym stanie ogólnym (poniżej 4 pkt Apgar) – nie więcej niż 1%; 8) odsetek kobiet objętych programem, które urodziły w podmiocie koordynującym – powyżej 80%; 9) średni czas hospitalizacji poporodowej 3 lub poniżej 3 dni – co najmniej 90%; <p><u>Dla podmiotów III poziomu referencyjnego:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) procentowy udział liczby kobiet objętych KOC II/III pozostających w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży – co najmniej 60%; 2) odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 60%; 3) odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – 100%; 4) odsetek cięć cesarskich – poniżej 40%; 5) przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta i uzyskanie co najmniej 50% zwrotnych odpowiedzi; 6) procentowy udział porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągle – 10% lub więcej; 7) liczba noworodków urodzonych w złym stanie ogólnym – poniżej 4 pkt Apgar – nie więcej niż 2%; 8) odsetek kobiet objętych programem, które urodziły w podmiocie koordynującym – powyżej 80%; 9) średni czas hospitalizacji poporodowej 3 lub poniżej 3 dni – co najmniej 90%;
--	--	--

Załącznik Nr 4b do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY
Opis świadczenia
DZIECIĘCA OPIEKA KOORDYNOWANA (DOK)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa świadczenia	Dziecięca opieka koordynowana
1.2	Określenie świadczenia i organizacja udzielania świadczenia	<p>Celem świadczenia jest zapewnienie dzieciom, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, skoordynowanej opieki poszpitalnej obejmującej specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne.</p> <p>Opieka realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji DOK, opracowanym przez podmiot koordynujący DOK.</p> <p>Podmiotem koordynującym opiekę DOK (co do zasady podpisującym umowę, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) jest poradnia neonatologiczna będąca w strukturze organizacyjnej szpitala posiadającego oddział neonatologiczny (co najmniej III poziom referencyjny). Do umowy, zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329), przystąpić mogą świadczeniodawcy spełniający odpowiednie warunki określone w załączniku nr 3b do zarządzenia.</p> <p>Wszystkie działania nadzoruje i całością opieki zarządza podmiot koordynujący, który:</p> <ol style="list-style-type: none">1) dokonuje kwalifikacji do objęcia opieką i przygotowuje indywidualny plan opieki;2) wskazuje lekarza prowadzącego (specjalista w dziedzinie neonatologii lub specjalista w dziedzinie pediatrii), który współpracuje z zespołem specjalistycznym składającym się w szczególności z:<ol style="list-style-type: none">a) lekarzy specjalistów w dziedzinie – 1) neurologii dziecięcej, 2) rehabilitacji medycznej, 3) okulistyki, 4) kardiologii dziecięcej, 5) otorynolaryngologii dziecięcej i/lub audiologii, 6) ortopedii i traumatologii narządu ruchu, 7) endokrynologii (endokrynologii i diabetologii dziecięcej), 8) chirurgii dziecięcej, 9) neurochirurgii orazb) psychologa, logopedy (neurologopedy), dietetyka, doradcy (edukatora) laktacyjnego;3) realizuje i zapewnia szerokoprofilowe świadczenia w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego zgodnie ze wskazaniami medycznymi;4) realizuje i zapewnia świadczenia z rehabilitacji leczniczej;

		<p>5) koordynuje cały proces opieki, w tym koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki, w szczególności działania zmierzające do postawienia rozpoznania, jeśli nie zostało ono postawione w oddziale szpitalnym po porodzie);</p> <p>6) we współpracy z zespołem specjalistycznym uczestniczącym w realizacji szerokoprofilowych świadczeń w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego realizuje cykliczne monitorowanie terapii i ocenę jej efektów oraz wydaje zalecenia co do postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, przy czym w celu minimalnego obciążenia dziecka i jego opiekunów częstotliwość wizyt w poradni powinna być możliwie najmniejsza;</p> <p>7) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;</p> <p>8) współpracuje z lekarzem POZ, położną POZ, pielęgniarką POZ w miejscu zamieszkania, w tym sporządza informację dla lekarza POZ zawierającą informacje o zakresie wykonanych konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych ze wskazaniem zaleceń co do diagnostyki, farmakoterapii i szczepień ochronnych, w ramach prowadzonej współpracy dopuszcza się możliwość wykorzystania wszelkich elektronicznych nośników danych;</p> <p>9) dodatkowo współpracuje z podmiotem posiadającym umowę na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja w ramach zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, oraz z asystentem rodziny, o którym mowa w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, w ramach prowadzonej współpracy dopuszcza się możliwość wykorzystania wszelkich elektronicznych nośników danych;</p> <p>10) podmiot koordynujący odpowiada za realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, a także zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej.</p> <p>Opieka DOK sprawowana jest do 3 roku życia dziecka, w tym po każdym roku sprawowanej opieki lekarz prowadzący w porozumieniu z zespołem specjalistycznym podejmuje decyzję o kontynuacji opieki DOK lub podejmuje decyzję o zakończeniu opieki DOK.</p>
1.3	Kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców wymagających udzielenia świadczenia/ kryteria dyskwalifikacji	Do objęcia opieką w ramach świadczenia kwalifikują się dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, w tym obejmuje noworodki urodzone przedwcześnie przed ukończeniem 33 tygodnia ciąży zaliczane do kategorii noworodków z bardzo małą masą urodzeniową (noworodki VLBW (very low birth weight)).
1.4	Oczekiwane wyniki postępowania	<p>Pełnoprofilowa opieka nad dzieckiem, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu.</p> <p>Skoordynowanie/zapewnienie pełnoprofilowej opieki nad dzieckiem i jego rodziną mającej na celu (w zależności od stanu klinicznego przy objęciu opieką):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) całkowite wyeliminowanie zaburzeń i dalszy normalny rozwój lub 2) zapobieganie utrwaleniu się niepełnosprawności i dalszy, względnie prawidłowy rozwój z koniecznością tylko niewielkiej pomocy terapeutycznej lub 3) uruchomienie wszystkich potencjalnych rezerw procesu rozwojowego, u dzieci, których niepełnosprawność

		<p>jest nieodwracalna – przez co ulega poprawie ich ogólny stan zdrowia oraz funkcjonowanie osobiste i społeczne pozwalające w przyszłości na uczęszczanie do placówek edukacyjnych i dające szanse przygotowania zawodowego, pracy i bardziej samodzielnego i niezależnego życia lub</p> <p>4) zidentyfikowanie mocnych stron u dzieci wielorako, głęboko niepełnosprawnych, budowanie na nich satysfakcjonującego kontaktu i aktywności oraz zapobieganie pogłębianiu się deficytów, które uniemożliwiają rozwój, utrudniają opiekę i dramatycznie obniżają jakość życia tych dzieci.</p> <p>Lepszy, bardziej harmonijny rozwój dziecka w pierwszych latach jego życia powoduje, iż późniejsza nauka w szkole i kontakty rówieśnicze mogą przebiegać na wyższym poziomie i dawać lepsze efekty.</p>
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	Zakres informacji oczekiwanych na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	Zapewnienie wykonania procedur przewidzianych przepisami prawa oraz niniejszego zarządzenia pozwalających na monitorowanie rozwoju dziecka i wczesne wykrycie pojawiających się nieprawidłowości.
2.2	Specyfikacja kosztów świadczenia sposób finansowania	Wycena świadczeń, określona jest w załączniku nr 1c do zarządzenia.
2.3	Pozostałe zasady rozliczania	Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie świadczeń analogicznych, jak finansowane w ramach DOK, w innych rodzajach świadczeń.

Załącznik Nr 4c do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY
Opis świadczenia
KOORDYNOWANA
OPIEKA NAD OSOBAMI Z CAŁOŚCIOWYMI ZABURZENIAMI ROZWOJU (KO-CZR)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa świadczenia	Koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR)
1.2	Określenie świadczenia i organizacja udzielania świadczenia	<p>Celem świadczenia jest zapewnienie dzieciom, u których zdiagnozowano całościowe zaburzenia rozwoju, skoordynowanej opieki psychiatrycznej, psychologicznej, rehabilitacyjnej, obejmującej także specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne oraz niezbędne badania diagnostyczne.</p> <p>Opieka realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KO-CZR, opracowanym przez podmiot koordynujący KO-CZR.</p> <p>Podmiotem koordynującym opiekę KO-CZR (co do zasady podpisującym umowę, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) jest poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci realizująca program terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym lub poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym. Do umowy, zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329), przystąpić mogą świadczeniodawcy spełniający odpowiednie warunki określone w załączniku nr 3 do zarządzenia.</p> <p>Wszystkie działania nadzoruje i całością opieki zarządza podmiot koordynujący, który:</p> <p>1) dokonuje kwalifikacji do objęcia opieką i przygotowuje indywidualny plan opieki;</p> <p>2) wskazuje lekarza prowadzącego (specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub specjalista w dziedzinie psychiatrii dziecięcej lub specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży), który współpracuje z zespołem specjalistycznym składającym się w szczególności z:</p> <p>a) lekarzy specjalistów w dziedzinie – 1) neurologii dziecięcej, 2) rehabilitacji medycznej, 3) okulistyki, 4) kardiologii dziecięcej, 5) otorynolaryngologii dziecięcej i/lub audiologii, 6) gastroenterologii 7) endokrynologa 8) genetyka klinicznego,</p> <p>- w zależności od wskazań medycznych oraz</p> <p>b) psychologa, logopedy pedagoga specjalnego, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego;</p> <p>3) realizuje i zapewnia szerokoprotfilowe świadczenia w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego zgodnie ze wskazaniami</p>

		<p>medycznymi;</p> <p>4)zapewnia świadczenia z rehabilitacji leczniczej w ramach zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego;</p> <p>5) zapewnia wsparcie dla rodziny pacjenta w postaci instruktażu, psychoedukacji, terapii i poradnictwa psychologicznego;</p> <p>6) zapewnia niezbędne badania diagnostyczne w tym badania obrazowe głowy wykonywane w znieczuleniu;</p> <p>7) koordynuje cały proces opieki, w tym koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;</p> <p>8) we współpracy z zespołem specjalistycznym uczestniczącym w realizacji szerokoprofilowych świadczeń w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego realizuje cykliczne monitorowanie terapii i ocenę jej efektów oraz wydaje zalecenia co do postępowania diagnostycznego i terapeutycznego;</p> <p>9) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;</p> <p>10) współpracuje z lekarzem POZ w miejscu zamieszkania, w tym sporządza informację dla lekarza POZ zawierającą informacje o zakresie wykonanych konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych ze wskazaniem zaleceń co do diagnostyki, farmakoterapii i szczepień ochronnych, w ramach prowadzonej współpracy dopuszcza się możliwość wykorzystania wszelkich elektronicznych nośników danych;</p> <p>11) dodatkowo współpracuje z asystentem rodziny, Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną; w ramach prowadzonej współpracy dopuszcza się możliwość wykorzystania wszelkich elektronicznych nośników danych.</p> <p>Podmiot koordynujący odpowiada za realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, a także zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej.</p> <p>Opieka KO-CZR sprawowana jest do 18 roku życia dziecka, w tym nie później niż po każdym roku sprawowanej opieki lekarz prowadzący w porozumieniu z zespołem specjalistycznym podejmuje decyzję o kontynuacji opieki KO-CZR lub podejmuje decyzję o zakończeniu opieki KO-CZR.</p>
1.3	Kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców wymagających udzielenia świadczenia/ kryteria dyskwalifikacji	<p>Do objęcia opieką w ramach świadczenia kwalifikują się dzieci, u których zdiagnozowano całościowe zaburzenia rozwoju (rozpoznanie wg ICD 10 F84).</p> <p>Obserwacja medyczna w przypadku podejrzenia występowania całościowych zaburzeń rozwoju (rozpoznanie wg ICD 10 Z03) - możliwe rozliczenie do 3 produktów: KO-CZR - porada diagnostyczna i maksymalnie 1 produktu: KO-CZR - konsultacje specjalistyczne.</p>
1.4	Oczekiwane wyniki postępowania	<p>Pełnoprofilowa opieka nad dzieckiem, u którego zdiagnozowano całościowe zaburzenia rozwoju.</p> <p>Skoordynowanie/zapewnienie pełnoprofilowej opieki nad dzieckiem i jego rodziną mającej na celu (w zależności od stanu klinicznego przy objęciu opieką):</p> <p>1) zapobieganie utrwaleniu się niepełnosprawności i dalszy, względnie prawidłowy rozwój z koniecznością tylko niewielkiej pomocy terapeutycznej lub</p>

		<p>2) uruchomienie wszystkich potencjalnych rezerw procesu rozwojowego, u dzieci, których niepełnosprawność jest nieodwracalna – przez co ulega poprawie ich ogólny stan zdrowia oraz funkcjonowanie osobiste i społeczne pozwalające na uczęszczanie do placówek edukacyjnych i dające szanse przygotowania zawodowego, pracy i bardziej samodzielnego i niezależnego życia lub</p> <p>3) zidentyfikowanie mocnych stron u dzieci wielorako, głęboko niepełnosprawnych, budowanie na nich satysfakcjonującego kontaktu i aktywności oraz zapobieganie pogłębianiu się deficytów, które uniemożliwiają rozwój, utrudniają opiekę i dramatycznie obniżają jakość życia tych dzieci.</p> <p>Lepszy, bardziej harmonijny rozwój dziecka w pierwszych latach jego życia powoduje, iż późniejsza nauka w szkole i kontakty rówieśnicze mogą przebiegać na wyższym poziomie i dawać lepsze efekty.</p>
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	Zakres informacji oczekiwanych na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	Zapewnienie wykonania procedur przewidzianych przepisami prawa oraz niniejszego zarządzenia pozwalających na monitorowanie rozwoju dziecka.
2.2	Specyfikacja kosztów świadczenia sposób finansowania	Wycena świadczeń, określona jest w załączniku nr 1d do zarządzenia.
2.3	Pozostałe zasady rozliczania	Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie świadczeń analogicznych, jak finansowane w ramach KO-CZR, w innych rodzajach i zakresach świadczeń.

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

**INFORMACJA DLA KOBIETY OBJĘTEJ KOORDYNOWANĄ OPIEKĄ NAD KOBIETĄ W CIĄŻY
NA II LUB III POZIOMIE OPIEKI PERINATALNEJ (KOC II/III)**

Oznaczenie świadczeniodawcy*

Nazwa podmiotu koordynującego opiekę w okresie ciąży:

.....

Pani:
(imię i nazwisko)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr PESEL

Zgodnie z Pani akceptacją, z dniem

została Pani objęta **KOORDYNOWANĄ OPIEKĄ NAD KOBIETĄ W CIĄŻY NA II LUB III
POZIOMIE OPIEKI PERINATALNEJ (KOC II /III)****.

1. Planowany termin porodu:

2. Numer Pani telefonu do kontaktów w trakcie objęcia opieką KOC II/III

3. Adres e-mail: (nieobowiązkowe)

4. Telefon do kontaktów w ośrodku koordynującym opiekę w czasie trwania ciąży i porodu:

.....

5. Miejsca, w których realizowana może być opieka w trakcie ciąży, porodu w ramach programu Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży:

1) Poradnie położniczo-ginekologiczne (nazwa i adres)

.....

.....

2) Oddział położniczo-ginekologiczny (nazwa i adres)

.....

.....

6. Numer telefonu do kontaktów w pilnych przypadkach

W sytuacji braku możliwości uzyskania kontaktu, należy porozumieć się z innym ośrodkiem realizującym świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii.

.....
Czytelny podpis pacjentki

.....
Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko
lekarza/położnej, numer prawa wykonywania zawodu
oraz podpis

Zostałam poinformowana, że po przystąpieniu do Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży KOC II/III moje dane mogą być przekazywane podmiotom leczniczym, które nie udzielają świadczeń w ramach KOC II/III, posiadającym umowę z NFZ z zakresu położnictwa i ginekologii, w celu realizacji i monitorowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących ciąży, porodu i porożu.

.....
Czytelny podpis pacjentki

*Pieczęć lub nadruk, lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON.

**W sytuacji wybrania podmiotu realizującego świadczenia w ramach NFZ dot. sprawowania opieki nad ciążą i dzieckiem, w tym ukierunkowanych przede wszystkim na ciążę powikłaną, nie istnieje możliwość powrotu do realizacji opieki w podmiotach świadczących usługi poza KOC II/III.

Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z dnia 16 sierpnia 2018 r. (Dz.U. poz. 1756, z późn. zm.)

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
Do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się	1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Badanie gruczołów sutkowych. 4. Określenie wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 7. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie. 8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika. 9. Zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek.	1. Grupa krwi i Rh, o ile ciążarna nie posiada odpowiednio udokumentowanego badania grupy krwi. 2. Przeciwciała odpornościowe do antygenów krwinek czerwonych. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy. 6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM. 7. Badanie VDRL. 8. Zalecenie kontroli stomatologicznej. 9. Badanie HIV i HCV. 10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile ciążarna nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży. 11. Badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciążarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji. 12. Oznaczenie TSH.
11-14 tydzień ciąży	1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Pomiar masy ciała. 4. Ocena ryzyka ciążowego. 5. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia.	Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP).
15-20 tydzień ciąży	1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Pomiar masy ciała. 4. Ocena ryzyka ciążowego. 5. Propagowanie zdrowego stylu życia.	1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu.
18-22 tydzień ciąży		Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.
21-26 tydzień ciąży		Rozpoczęcie edukacji przedporodowej.
21-26 tydzień ciąży	1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Ocena czynności serca płodu. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 7. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika (24-26 tydzień ciąży).	1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24-26 tygodniu ciąży) - trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godz. od podania glukozy. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anty-D u kobiet Rh (-). 4. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze - badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM).
27-32 tydzień ciąży	1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Ocena czynności serca płodu. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia.	1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anty-D u kobiet Rh (-). 4. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. 5. W przypadku występowania wskazań - podanie immunoglobuliny anty-D (28-30 tydzień ciąży).

33-37 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Ocena ruchów płodu. 7. Badanie gruczołów sutkowych. 8. Pomiar masy ciała. 9. Ocena ryzyka ciążowego. 10. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. 11. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie antygenu HBs. 4. Badanie HIV. 5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35-37 tydzień ciąży). 6. Badanie VDRL, HCV w grupie kobiet ze zwiększonym populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia.
38-39 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Propagowanie zdrowego stylu życia. 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi.
Niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz przy prawidłowym odczuwaniu ruchów płodu - kolejne badanie za 7 dni, z ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty należy ustalić datę hospitalizacji, tak aby poród miał miejsce przed końcem 42. tygodnia. W przypadku odstępstw od normy - indywidualizacja postępowania. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.

Załącznik Nr 6a do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 26 października 2022 r.

**KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO
I/LUB DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO NOWORODKÓW**

oznaczenie świadczeniodawcy *)

Data badania (dzień/mies./rok):/...../.....
Nr dok. med.:
PESEL matki:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia (dzień/mies./rok):/...../.....; wiek (dni):.....

Tydzień ciąży:

Rozpoznanie (ICD 10):

.....

UZASADNIENIE dla ROZPOCZĘCIA leczenia żywieniowego:

☐ noworodek z masą < 1500 g

☐ noworodek z masą ≥ 1500 g, u którego nie jest spodziewane osiągnięcie tolerancji pełnych porcji pokarmu drogą doustną w ciągu 3 dni

Ocena wieku płodowego noworodka:

☐ donoszony (≥ 37 t.c.)

☐ niedonoszony ($\leq 36 + 6$ t.c.)

☐ z małą urodzeniową masą ciała (< 2500 g)

☐ z bardzo małą urodzeniową masą ciała (< 1500 g)

☐ z ekstremalnie małą masą ciała (< 1000 g)

Masa ciała: kg; obwód głowy: cm; długość: cm

Ocena stanu odżywienia:

☐ hipertroficzny (> 97 centyla)

☐ hipertroficzny (> 90 centyla)

☐ eutroficzny (pomiędzy 10–90 centylem)

☐ hipotroficzny (< 10 centyla)

☐ hipotroficzny (< 3 centyla)

Wymaga żywienia:

pozajelitowego: ☐ całkowitego; ☐ częściowego

drogą przewodu pokarmowego: ☐ całkowitego; ☐ częściowego

W ŻYWIENIU DOJELITOWYM NOWORODKÓW STOSOWANE SĄ: POKARM NATURALNY (KOBIECY), MIESZANKI MODYFIKOWANE DLA NOWORODKÓW URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE I URODZONYCH O CZASIE. ŻYWIENIE TROFICZNE NIE JEST ŻYWIENIEM DOJELITOWYM.

.....

Nadruk lub pieczęć zawierająca imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

^{*)} Pieczęć lub nadruk, lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON

Uwaga: Opracowane na podstawie „Standardów leczenia żywieniowego w Pediatrii 2017” – publikacja Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci oraz Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

Załącznik Nr 6b do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 26 października 2022 r.

**KARTA MONITOROWANIA LECZENIA
ŻYWIENIOWEGO NOWORODKÓW**

oznaczenie świadczeniodawcy *)

Data (dzień/mies./rok):/...../.....
Nr dok. med.:
PESEL:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia (dzień/mies./rok):/...../.....

Sposób żywienia:

Żywienie pozajelitowe: całkowite; częściowe

Data rozpoczęcia żywienia:

Data zakończenia żywienia:

Powód:.....

.....

Żywienie dojelitowe: całkowite; częściowe

Data rozpoczęcia żywienia:

Data zakończenia żywienia:

Powód:

.....

Dostęp do przewodu pokarmowego:

☐ zgłębnik żołądkowy; ☐ zgłębnik dojelitowy; ☐ gastrostomia; ☐ jejunostomia

Rodzaj pokarmu:

☐ pokarm kobiecy; ☐ mieszanka mleczna; ☐ mieszane; ☐ mieszanka specjalistyczna

Monitorowanie badań lab.: wykonane badania (wyniki w historii choroby).

..... dn.r.

.....

*Nadruk lub pieczęć zawierająca imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*) Pieczęć lub nadruk, lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON

Uwaga: Opracowane na podstawie „Standardów leczenia żywieniowego w Pediatrii 2017” – publikacja Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci oraz Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

Karta kwalifikacji dorosłych do leczenia żywieniowego

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Wiek:

Data badania: dzień: miesiąc: rok:

Rozpoznanie (wg ICD – 10):			
1.	Przesiewowa ocena stanu odżywienia	NRS lub SGA	BMI
2.	Szczegółowa ocena stanu odżywienia		
	Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy	<input type="checkbox"/> powyżej 10% masy ciała wyjściowej	<input type="checkbox"/> poniżej 10% masy wyjściowej
	Białko całkowite	<input type="checkbox"/> poniżej normy	<input type="checkbox"/> norma
	Albumina	<input type="checkbox"/> poniżej normy	<input type="checkbox"/> norma
	Cholesterol całkowity	<input type="checkbox"/> poniżej normy	<input type="checkbox"/> norma
Możliwe skuteczne odżywianie doustne		<input type="checkbox"/> nie	Leczenie żywieniowe dojelitowe wypełnić pkt. 3, 4, 7 – 9
Możliwe skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego		<input type="checkbox"/> nie	Leczenie żywieniowe pozajelitowe wypełnić pkt. 5 – 9
3.	Wskazania do leczenia żywieniowego dojelitowego	<input type="checkbox"/> dysfagia <input type="checkbox"/> niedrożność górnej części przewodu pokarmowego <input type="checkbox"/> śpiączka niemetaboliczna <input type="checkbox"/> inne	
4.	Dostęp dojelitowy	<input type="checkbox"/> zgłębnik: nosowo – żołądkowy, <input type="checkbox"/> nosowo – dwunastniczy, <input type="checkbox"/> nosowo – jelitowy <input type="checkbox"/> gastrostomia <input type="checkbox"/> jejunostomia	
5.	Wskazania do leczenia żywieniowego pozajelitowego	<input type="checkbox"/> niedożywienie <input type="checkbox"/> okres okołoperacyjny u dorosłych <input type="checkbox"/> wyniszczenie (BMI <17) <input type="checkbox"/> niedożywienie (BMI 17-19) bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 5 dni <input type="checkbox"/> BMI ≥ 19 bez możliwości wykorzystania przewodu pok. > 7 dni <input type="checkbox"/> powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego <input type="checkbox"/> reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji <input type="checkbox"/> niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła <input type="checkbox"/> inne	
6.	Dostęp pozajelitowy	<input type="checkbox"/> żyły obwodowe, <input type="checkbox"/> PICC, <input type="checkbox"/> żyła centralna <input type="checkbox"/> cewnik nietunelizowany, <input type="checkbox"/> port <input type="checkbox"/> cewnik permanentny, typ cewnika	
7.	Cel leczenia żywieniowego:	<input type="checkbox"/> utrzymanie stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> poprawa stanu odżywienia, <input type="checkbox"/> leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań	
8.	Ocena ryzyka powikłań	<input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> duże	

	metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia :	
9.	Dni leczenia żywieniowego:	żywienie dojelitowe dni kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych dni częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe dni leczenie żywieniowe immunomodulujące dni

.....

Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Załącznik Nr 6d do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

Karta leczenia żywieniowego dorosłych

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Wiek:

I. Data													
Dieta przemysłowa* (nazwa) lub Mieszanina żywieniowa gotowa (nazwa) lub Worek indywidualny**													
**Aminokwasy (g)													
**Glukoza (g)													
**Tłuszcze (g)													
Objętość (ml)													
Droga podawania pozajelitowego Żyła centralna/żyła obwodowa													
Dostęp do przewodu pokarmowego (zgłębnik/gastrostomia/jejunostomia)													
Sposób podawania diety przemysłowej (bolus/wlew ciągły-szybkość)													
II. Dodatki - nazwa preparatu		Dawka											
Witaminy													
Pierwiastki śladowe													
Sód													
Fosforany													

Magnez													
Wapń													
Potas													
Witamina B1													
Inne													
Insulina jedn.													
..... Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis													

* brak konieczności wypełniania II części tabeli w przypadku braku dodatków do diety przemysłowej

**w przypadku dołączenia recepty na worek indywidualny – brak konieczności wypełniania II części tabeli

III.	Nazwa badania	Data											
Podstawowe badania kontrolne *** zaznaczyć wykonanie (+/-)	Białko całkowite/Albumina												
	Cholesterol całkow./Trójglicerydy												
	WBC/RBC/Hb												
	Na mmol/ K mmol												
	Ca mmol/Mg/Pi												
	Bilirubina/AspAt/AlAt												
	Kreatynina/mocznik												
	Glikemia												
	Inne												
	Bilans Ng/ 24h												

*** wyniki badań laboratoryjnych należy dołączyć do historii choroby

Ankieta satysfakcji

A. Opieka ambulatoryjna	Odpowiedź (X)
A1: Czy miała Pani możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę (położna lub lekarz)?	
1) Tak	
2) Nie	
A2: Czy przy pierwszej wizycie osoba prowadząca ciążę uzgodniła z Panią plan opieki nad Panią i dzieckiem?	
1) Tak	
2) Nie	
A3: Czy w opiece ambulatoryjnej (w poradni) mogła Pani wykonać zlecone badania diagnostyczne?	
1) Tak	
2) Nie	
A4: Czy uzyskała Pani w opiece ambulatoryjnej (u położnej lub w poradni) informacje na temat praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu?	
1) Tak	
2) Nie	
A5: Czy uzyskała Pani w opiece ambulatoryjnej (u położnej lub w poradni) informacje na temat pielęgnacji noworodka i karmienia piersią?	
1) Tak	
2) Nie	
A6: Czy miała Pani możliwość kontaktu, w nagłych sytuacjach w ciągu 24 godzin z osobą kompetentną?	
1) Tak	
2) Nie	
3) Nie dotyczy / Nie korzystałam	
A7: Czy w sytuacjach nagłych mogła Pani liczyć na poradę lekarską?	
1) Tak	
2) Nie	
3) Nie dotyczy / Nie było potrzeby	
A8: Czy czuła się Pani bezpieczna w oferowanej przez nas opiece ambulatoryjnej (u położnej lub w poradni) i jak ją Pani ocenia?	

1) Bardzo dobrze	
2) Dobrze	
3) Raczej dobrze	
4) Źle	
5) Bardzo źle	
S. Szpital	Odpowiedź (X)
S1: Jak ocenia Pani organizację przyjęcia na oddział?	
1) Bardzo dobrze	
2) Dobrze	
3) Raczej dobrze	
4) Źle	
5) Bardzo źle	
6) Nie dotyczy / przyjęcie nagłe	
S2: Czy w trakcie pobytu opieka nad Panią była sprawowana z zachowaniem zasad prywatności (np. podczas zbierania wywiadu, badania, udzielania informacji, porodu)?	
1) Tak, zawsze	
2) Zazwyczaj tak	
3) Rzadko	
4) Nie, nigdy	
S3: Czy podczas pobytu w szpitalu udzielano Pani, w sposób zrozumiały, informacji o stanie zdrowia Pani i dziecka)?	
1) Tak, zawsze	
2) Zazwyczaj tak	
3) Rzadko	
4) Nie, nigdy	
S4: Czy była Pani informowana o planowanym postępowaniu medycznym i przygotowaniu do badań / porodu?	
1) Tak, zawsze	
2) Zazwyczaj tak	
3) Rzadko	
4) Nie, nigdy	
S5: Czy miała Pani możliwość wyboru osoby prowadzącej poród (położna lub lekarz)?	
1) Tak	
2) Nie	
S6: Ocena lekarza: Dostępność lekarza w razie potrzeby.	

1) Bardzo dobra	
2) Dobra	
3) Raczej dobra	
4) Zła	
5) Bardzo zła	
S7: Ocena położnych: Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków.	
1) Bardzo dobra	
2) Dobra	
3) Raczej dobra	
4) Zła	
5) Bardzo zła	
S8: Ocena położnych: Dostępność w razie potrzeby.	
1) Bardzo dobra	
2) Dobra	
3) Raczej dobra	
4) Zła	
5) Bardzo zła	
S9: Ocena położnych: Pielęgowanie w atmosferze szacunku i poszanowania godności.	
1) Bardzo dobra	
2) Dobra	
3) Raczej dobra	
4) Zła	
5) Bardzo zła	
S10: Czy w trakcie pobytu personel zadawał pytania dotyczące natężenia odczuwanego przez Panią bólu?	
1) Tak	
2) Nie	
S11: Czy, w razie potrzeby, otrzymywała Pani skuteczne leczenie przeciwbólowe?	
1) Tak	
2) Nie	
3) Nie dotyczy / nie było potrzeby	
S12: Czy, w razie potrzeby, położna pomagała w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku?	
1) Tak	
2) Nie	
3) Nie dotyczy / nie było potrzeby	
S13: Czy, gdyby można cofnąć czas, wybrałaby Pani ponownie nasz szpital jako miejsce swojego porodu?	
1) Zdecydowanie tak	

2) Tak	
3) Raczej tak	
4) Nie	
5) Zdecydowanie nie	
Uwagi	

Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

Wniosek w sprawie rachunku bankowego

Kod Oddziału Wojewódzkiego

(Miejscowość, data)

Dane Świadczeniodawcy

(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wnoszę o wpisanie nr rachunku bankowego do przyszłej umowy:

w rodzaju

w zakresie

.....

zawartej na okres

Nr rachunku bankowego

Dane posiadacza rachunku bankowego.....

.....

.....

oznaczenie świadczeniodawcy*

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

Załącznik Nr 9a do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W SOK

NUMER WNIOSKU:, NUMER POSTĘPOWANIA			Miejscowość, data przygotowania oferty	
I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO			KOD GRAFICZNY	
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		

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK					KOD GRAFICZNY	
Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III)						
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca				Kod terytorialny	
	Kod komórki org. (część VII KR)		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			
PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA						
Jednostka rozliczeniowa						
Oferowana cena jednostki						
	styczeń	luty	marzec	I kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	kwiecień	maj	czerwiec	II kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	lipiec	sierpień	wrzesień	III kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	październik	listopad	grudzień	IV kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
Razem	liczba					
	wartość					
Dostępność						
Dostępność profilu medycznego/zakresu						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz

Personel						
<Unikalny wyróżnik osoby z wykazu>	Nazwisko					
	Imiona				PESEL	
zawód/specjalność			stopień specjalizacji		Nr Prawa Wyk. Zawodu	
Stanowisko/funkcja pracownika				Liczba godzin pracy tygodniowo		
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
Doświadczenie						
Nazwa						
Wykształcenie						
Nazwa						
Sprzęt						
<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>	Nazwa sprzętu				Ilość	
Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji		Nr seryjny sprzętu		
MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA*						
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca				Kod terytorialny	
	Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			

* wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia (również jeśli w strukturze organizacyjnej znajduje się kilka oddziałów oznaczonych tymi samymi kodami części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych) zgodnie z umową, np. oddział neonatologiczny, poradnia położniczo - ginekologiczna, dodatkowy oddział położniczo-ginekologiczny lub inny zgodny z profilem realizowanych świadczeń

III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW			KOD GRAFICZNY
UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
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		Pozycja/e umowy	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			
data sporządzenia		podpis i pieczęć Wnioskującego	

IV. WYKAZ WSPÓLREALIZATORÓW			KOD GRAFICZNY
UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓLREALIZATORA			
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Przedmiot świadczeń współrealizatora	
Opis przedmiotu współrealizacji			
data sporządzenia		podpis i pieczęć Wnioskującego	

Załącznik Nr 9b do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W SOK

NUMER WNIOSKU:, NUMER POSTĘPOWANIA			Miejscowość, data przygotowania oferty	
I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO			KOD GRAFICZNY	
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		

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK					KOD GRAFICZNY	
Dziecięca opieka koordynowana (DOK)						
UNIKALNY WYRÓŹNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca				Kod terytorialny	
	Kod komórki org. (część VII KR)		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			
PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA						
Jednostka rozliczeniowa						
Oferowana cena jednostki						
	styczeń	luty	marzec	I kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	kwiecień	maj	czerwiec	II kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	lipiec	sierpień	wrzesień	III kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	październik	listopad	grudzień	IV kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
Razem	liczba					
	wartość					
Dostępność						
Dostępność profilu medycznego/zakresu						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz

Personel						
<Unikalny wyróżnik osoby z wykazu>	Nazwisko					
	Imiona				PESEL	
zawód/specjalność			stopień specjalizacji		Nr Prawa Wyk. Zawodu	
Stanowisko/funkcja pracownika				Liczba godzin pracy tygodniowo		
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
Doświadczenie						
Nazwa						
Wykształcenie						
Nazwa						
Sprzęt						
<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>	Nazwa sprzętu				Ilość	
Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji		Nr seryjny sprzętu		
MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA *						
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca				Kod terytorialny	
	Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			

* wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia - zgodnie z umową: np. oddział rehabilitacji narządu ruchu lub ośrodek rehabilitacji dziennej

III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW			KOD GRAFICZNY
UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
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		Pozycja/e umowy	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			
data sporządzenia		podpis i pieczęć Wnioskującego	

IV. WYKAZ WSPÓLREALIZATORÓW			KOD GRAFICZNY
UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓLREALIZATORA			
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Przedmiot świadczeń współrealizatora	
Opis przedmiotu współrealizacji			
data sporządzenia		podpis i pieczęć Wnioskującego	

Załącznik Nr 9c do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W RODZAJU
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI**

NUMER WNIOSKU:, NUMER POSTĘPOWANIA				Miejscowość, data przygotowania oferty	
I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO				KOD GRAFICZNY	
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	

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK					KOD GRAFICZNY	
Koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR)						
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca				Kod terytorialny	
	Kod komórki org. (część VII KR)		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			
PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA						
Jednostka rozliczeniowa						
Oferowana cena jednostki						
	styczeń	luty	marzec	I kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	kwiecień	maj	czerwiec	II kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	lipiec	sierpień	wrzesień	III kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	październik	listopad	grudzień	IV kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
Razem	liczba					
	wartość					
Dostępność						
Dostępność profilu medycznego/zakresu						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu						

pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
Personel						
<Unikalny wyróżnik osoby z wykazu>	Nazwisko					
	Imiona				PESEL	
zawód/specjalność			stopień specjalizacji		Nr Prawa Wyk. Zawodu	
Stanowisko/funkcja pracownika				Liczba godzin pracy tygodniowo		
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
Doświadczenie						
Nazwa						
Wykształcenie						
Nazwa						
Sprzęt						
<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>	Nazwa sprzętu				Ilość	
Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji		Nr seryjny sprzętu		
MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA *						
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca				Kod terytorialny	
	Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			
* wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia						

III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW			KOD GRAFICZNY
UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
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		Pozycja/e umowy	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			
data sporządzenia		podpis i pieczęć Wnioskującego	

IV. WYKAZ WSPÓLREALIZATORÓW			KOD GRAFICZNY
UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓLREALIZATORA			
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Przedmiot świadczeń współrealizatora	
Opis przedmiotu współrealizacji			
data sporządzenia		podpis i pieczęć Wnioskującego	

Załącznik Nr 10 do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 26 października 2022 r.

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

OŚWIADCZENIA WNIOSKUJĄCEGO

Oświadczam, że jako wnioskujący:

- 1) zapoznałem się z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” 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 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
- 4) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
- 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 dokumenty i wnoszę o podpisanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskującego)

Załącznik Nr 11 do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 26 października 2022 r.

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 rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie 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 udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie jestem wpisany do*:

· Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem

· nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie jestem wpisany do*:

· Ewidencji Działalności Gospodarczej,

prowadzonej przez,

pod numerem

· 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)

.....
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania Wnioskującego)

*właściwe zaznaczyć

Dane Wnioskującego

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIE

Wnioskując niniejszym o zawarcie ze mną na okres, umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III) oświadczam, że¹⁾ :

I. Dokumenty²⁾ :

- 1) kopia umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwała wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;
- 2) kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskującego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania;

II. Informacje:

- 1) dotyczące personelu medycznego i harmonogramów jego pracy;
- 2) dotyczące posiadanego sprzętu;

- zostały złożone (nazwa oddziału) oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia do umowy nr dotyczącej świadczeń (rodzaj świadczeń), a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień dzisiejszy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskującego)

¹⁾ 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.).

²⁾ Wnioskujący określa dokumenty, które nie są w posiadaniu oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Dane Wnioskującego

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIE

Wnioskując niniejszym o zawarcie ze mną na okres, umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane w zakresie dziecięcej opieki koordynowanej (DOK) oświadczam, że¹⁾ :

I. Dokumenty²⁾ :

- 1) kopia umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwała wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;
- 2) kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskującego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania;

II. Informacje:

- 1) dotyczące personelu medycznego i harmonogramów jego pracy;
- 2) dotyczące posiadanego sprzętu;

- zostały złożone (nazwa oddziału) oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia do umowy nrdotyczącej świadczeń (rodzaj świadczeń), a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień dzisiejszy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskującego)

¹⁾ 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.)

²⁾ Wnioskujący skreśla dokumenty, które nie są w posiadaniu oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Dane Wnioskującego

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIE

Wnioskując niniejszym o zawarcie ze mną na okres, umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane w zakresie koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR) oświadczam, że¹⁾ :

I. Dokumenty²⁾ :

- 1) kopia umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwała wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;
- 2) kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskującego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania;

II. Informacje:

- 1) dotyczące personelu medycznego i harmonogramów jego pracy;
- 2) dotyczące posiadanego sprzętu;

- zostały złożone (nazwa oddziału) oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia do umowy nrdotyczącej świadczeń (rodzaj świadczeń), a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień dzisiejszy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskującego)

¹⁾ 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.)

²⁾ Wnioskujący skreśla dokumenty, które nie są w posiadaniu oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik Nr 13 do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 26 października 2022 r.

..... dnia r.

Oznaczenie świadczeniodawcy *

OŚWIADCZENIE

przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego lub posiadającego orzeczenie
o znacznym stopniu niepełnosprawności

*(dotyczy: produktu, o którym mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta
i Rzeczniku Praw Pacjenta)*

1. Dane świadczeniobiorcy:

Imię i nazwisko

.....

Numer PESEL (jeżeli został nadany): I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _

Rodzaj, numer i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

2. Dane przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego:

Imię i nazwisko

3. Dane dotyczące liczby dni pobytu:

Data pobytu – od do

(dd/mm/rrrr) (dd/mm/rrrr)

Ilość osobodni

.....

Podpis składającego oświadczenie

* Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem, 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 związku z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329).

Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 8/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem, które zgodnie z § 15 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia utraci moc obowiązującą.

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem (w porównaniu do dotychczasowej regulacji) dotyczą:

1) załącznika nr 1a do zarządzenia stanowiącego Katalog produktów do rozliczania koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOCII/III),

2) załącznika nr 1b do zarządzenia, stanowiącego Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC II/III

- którym nadano nowe brzmienie.

Zmiany w załączniku nr 1a do zarządzenia wynikają z publikacji obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 12 sierpnia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki nad noworodkiem. Obejmują one modyfikacje w zakresie opieki nad noworodkiem w grupach N21 – N25, w tym wprowadzenie dwóch nowych grup rozliczeniowych i implementację taryf, dla nw. grup:-

- N21 Ciężka patologia noworodka > 30 dni,
- N21A Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni,
- N22 Noworodek wymagający intensywnej terapii,
- N22A Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki,
- N23 Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki,
- N24 Noworodek wymagający szczególnej opieki,
- N25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru.

Zmiany w grupach noworodkowych N21KOC – N25KOC polegają na:

- implementacji taryf z obwieszczenia,
- dodaniu nowych warunków związanych z wiekiem noworodka i czasem hospitalizacji,
- uporządkowaniu wymaganych do rozliczenia rozpoznań oraz wykonanych procedur,
- utworzeniu grupy N21AKOC Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni, która pozwoli na utrzymanie wysokiego standardu leczenia noworodków z urodzeniową masą ciała < 1000g i/lub urodzonych przed ukończeniem 28-ego tygodnia ciąży,
- utworzeniu grupy N22AKOC Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki,
- zmianie w grupie N23KOC na Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki, która pozwoli na przeprowadzenie pełnej diagnostyki noworodka w adekwatnej cenie.

W załączniku nr 1b do zarządzenia wprowadzono zmiany o charakterze porządkowym w produkcie rozliczeniowym: „5.10.99.0000151 Hipotermia lecznicza - w leczeniu encefalopatii noworodków” oraz „5.10.99.0000153 Osobodzień ponad ryczałt finansowany w ramach świadczenia”.

Jednocześnie, niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmiany o charakterze porządkowym (m.in. zaktualizowano adresy promulgacyjne).

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 października 2022 r. Termin ten jest zbieżny ze zmianami wprowadzanymi w neonatologii (określone w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne).

Szacowany skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian wynikających z obwieszczenia Prezesa AOTMiT wynosi ok. 49 mln zł w skali pół roku, przy czym nie jest możliwe oszacowanie kosztów wynikających z wyodrębnienia nowych JGP (N21AKOC i N22AKOC).

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.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt został 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, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W ramach konsultacji 6 podmiotów wyraziło opinię w większości zgłaszając uwagi odnośnie wyceny świadczeń oraz możliwości przystąpienia do realizacji KOC II/III podmiotów realizujących przez ostatnie 2 lata świadczenia z zakresu KOC I. Część uwag uwzględniono, dostosowując wyceny punktowe do ceny punktu analogicznych produktów neonatologicznych w leczeniu szpitalnym.

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*.