ZARZĄDZENIE Nr 125/2016/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 22 grudnia 2016 r.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem"

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807 1860 i 1948), 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. poz. 1860) 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 do zawarcia umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, o których 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, realizowana w ośrodkach II lub III poziomu opieki perinatalnej, obejmująca specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, poród, a w przypadku wskazań medycznych także niezbędne hospitalizacje;

4) **poronienie** – wydalenie lub wydobycie 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);

5) **poród fizjologiczny** – poród, o którym mowa w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej;

6) **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:

a) I poziom opieki perinatalnej - zapewniający opiekę perinatalną nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połogiem 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;

7) **pozostawanie w opiece koordynowanej co najmniej od 21. tygodnia ciąży** – przystąpienie do opieki koordynowanej przez kobietę będącą najpóźniej w 21. tygodniu ciąży oraz uzyskanie przez tę kobietę liczby porad wynikającej ze schematu opieki, określonego w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej;

8) **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 2016 r. poz. 1638), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej";

9) **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";

10) **rozporządzenie o łagodzeniu bólu porodowego** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej;

11) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej;

12) **rozporządzenie o opiece w ciąży patologicznej** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej;

13) **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

14) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

15) **rozporządzenie ambulatoryjne** – rozporządzenie Ministra 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 wydobycie 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 wydobycie 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) **ustawa „Za życiem”** – ustawę z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”;

20) **wniosek** – wniosek świadczeniodawcy, ubiegającego się o zawarcie umowy, o której mowa w § 3;

21) **wnioskujący** – świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. a ustawy o świadczeniach, ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;

22) **współrealizator** – komórkę organizacyjną w strukturze podmiotu składającego wniosek i koordynującego opiekę koordynowaną, która uczestniczy w realizacji świadczeń w zakresie tej opieki;

23) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach rozporządzenia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;

24) **zrealizowanie schematu opieki** – przeprowadzenie diagnostyki określonej przepisami rozporządzenia o opiece okołoporodowej lub rozporządzenia o opiece w ciąży patologicznej, 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 10-15 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).

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady 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 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.

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 (z zastrzeżeniem ust. 4), który posiada z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju - leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia - drugi lub trzeci poziom

referencyjny przez co najmniej 2 lata poprzedzające złożenie wniosku o zawarcie umowy lub w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC).

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 w zakresie: świadczenia z zakresie neonatologii, przez co najmniej 2 lata poprzedzające złożenie wniosku o zawarcie umowy i posiada oddział neonatologiczny spełniający warunki dla trzeciego poziomu referencyjnego.

6. Umowa w zakresie KOC II/III lub w zakresie DOK, zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2021 r.

§ 4. 1. W celu wyłonienia podmiotów do udzielania świadczeń w zakresie KOCII/III lub DOK, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zamieszcza na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu informację o warunkach zawarcia umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie oraz o naborze wniosków o zawarcie umowy.

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

3. Wnioski, o którym mowa w ust. 1, mogą być składane w ciągu całego roku kalendarzowego. Wniosek składa się nie później niż do 10. dnia każdego miesiąca, w celu zawarcia umowy od 1. dnia następnego miesiąca, z wyłączeniem umowy zawieranej od dnia 1 stycznia 2017 r., w odniesieniu do której wniosek może być złożony od dnia wejścia w życie niniejszego zarządzenia do dnia 31 grudnia 2016 r.

4. Wnioskujący jest uprawniony do złożenia w danym 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 sytuacji, o której 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 ilościowo-cenową dla każdego miejsca udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców i współrealizatorów;
4) harmonogram dostępności profilu medycznego/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 sytuacji, w której wnioskujący nie przedstawi dokumentów, o których mowa w pkt 5;

7) wnioskiem w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony jest w **załączniku nr 13** do zarządzenia.

8. Dokumenty, o których mowa w ust. 7, składane przez wnioskującego, winny pozostawać w zgodności ze stanem faktycznym i prawnym.

9. Kopie dokumentów winny zostać poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania wnioskującego.

10. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może zażądać przedstawienia oryginału dokumentu w sytuacji, w której kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej zgodności z oryginałem, a brak jest możliwości weryfikacji jej prawdziwości w inny sposób.

11. W sytuacji, w której wnioskujący w dniu złożenia wniosku jest świadczeniodawcą realizującym zgodnie z posiadanymi uprawnieniami umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, i w związku z tym w dyspozycji oddziału wojewódzkiego Funduszu pozostają zgodne ze stanem faktycznym informacje w zakresie posiadanego potencjału wykonawczego: wykazu personelu z opisem kompetencji, w tym personelu podwykonawcy w przypadku jego wystąpienia, wraz z harmonogramem udzielania świadczeń, wykazu zasobów (sprzętu, pojazdów, pomieszczeń), w tym zasobów podwykonawcy w przypadku jego wystąpienia; wykazu podwykonawców, oraz aktualne pod względem stanu prawnego i faktycznego dokumenty, o których mowa w ust. 7 pkt 3 i 4, wnioskujący składa oświadczenie zgodne ze wzorem określonym odpowiednio w **załączniku nr 12a lub 12b** do zarządzenia.

12. Wnioskujący o zawarcie umowy obowiązany jest spełniać, odpowiednio do przedmiotu umowy, wymagania określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniach, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 10-15.

13. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 12, dotyczy wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa, zgłaszanych przez świadczeniodawcę we wniosku.

14. 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".

15. W sytuacji wystąpienia braków formalnych wniosku dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wzywa wnioskującego do ich usunięcia wskazując termin dokonania tej czynności.

16. W przypadku wezwania przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wnioskującego do usunięcia braków w złożonym wniosku, wnioskujący obowiązany jest do uzupełnienia tych braków w terminie określonym w wezwaniu.

17. Termin uzupełnienia braków uważa się za zachowany, w sytuacji doręczenia dokumentów do siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu do godz. 16.00 w dniu określonym w wezwaniu do uzupełnienia braków.

18. Uzupełnienie braków w złożonym wniosku składa się w zamkniętej kopercie lub paczce 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".

19. 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 zd. pierwszym, stanowi warunek zawarcia umowy.

20. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przesyła wnioskującemu umowę, której wzór określony jest odpowiednio w załączniku nr: 2a i 2b do

zarządzenia lub zaprasza wnioskującego do siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu w celu podpisania umowy.

21. W przypadku negatywnej oceny wniosku, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przesyła wnioskującemu informację wskazującą przyczyny odmowy zawarcia umowy.

22. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ma prawo do przeprowadzenia czynności sprawdzających u wnioskującego w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy, w celu sprawdzenia stanu przedstawionego we wniosku.

23. Czynności sprawdzające, o których mowa w ust. 22, przeprowadza, po uprzednim powiadomieniu wnioskującego, co najmniej dwóch upoważnionych członków powołanego przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu „Zespołu do oceny wniosków", w obecności wnioskującego lub osoby przez niego upoważnionej.

24. Osoby przeprowadzające czynności sprawdzające, o których mowa w ust. 22, sporządzają protokół z tych czynności, potwierdzony 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 i 3b 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).

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.

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, 1b i 1c** do zarządzenia.

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

§ 6. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach, określonych **w załącznikach nr 3a i 3b** 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 rozporządzeniach, o których mowa w § 2 w ust. 1 pkt 10-15 oraz w przepisach odrębnych.

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 szczególności 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 zd. 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, Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa **w § 6 ust. 4 załącznika nr 2a** lub **załącznika nr 2b** do zarządzenia, stanowiących wzory umów, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 1 i 2.

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 i DOK są określone odpowiednio w **załącznikach nr 4a i 4b** 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 zdrowotnych, o ile w katalogach produktów do rozliczania świadczeń w zakresach KOC II/III i DOK, stanowiących **załączniki nr 1a, 1b i 1c** do zarządzenia, nie określono inaczej.

4. Przy rozliczaniu świadczeń neonatologicznych w zakresie KOC II/III, związanych z leczeniem noworodków z grup wysokiego ryzyka, w tym o znacznej niedojrzałości, rozliczanych grupami: N21KOC, N22KOC, N23KOC, N24KOC, N25KOC, przez świadczeniodawców, którzy wykorzystują do żywienia tych noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, wartość tych produktów rozliczeniowych korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,01.

5. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń z zakresu KOC II/III przekroczy kwotę zobowiązania oddziału wojewódzkiego 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 oddziału wojewódzkiego Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy.

6. Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie - przez podmiot realizujący umowę w zakresie KOC II/III – świadczeń udzielonych kobiecie w ciąży, a związanych z ciążą, porodem i połogiem, będących przedmiotem tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń. Zastrzeżenie, o którym mowa w zd. pierwszym nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

7. W sytuacji przystąpienia podmiotu do realizacji KOC II/III, Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy, świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS (typ umowy – 02/01) oraz świadczeń związanych z położnictwem i neonatologią w ramach leczenia szpitalnego (typ umowy – 03/01), zgodnie

z przepisami odpowiednich zarządzeń Prezesa Funduszu.

§ 10. Świadczeniodawca realizujący świadczenia 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 sytuacji 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 **w załącznikach nr 6a-6d** do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym załącza się do historii choroby.

Rozdział 4

Zmiany w postanowieniach innych zarządzeń Prezesa Funduszu

§ 11. W zarządzeniu Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zmienionym zarządzeniem Nr 122/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2016 r. oraz zarządzeniem Nr 124/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 4 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) świadczenia położnej poz, w tym - pod warunkiem spełnienia wymagań do realizacji:

a) świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy,

b) świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;";

2) w § 5 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, stosownie do przedmiotu umowy, udzielane są w sposób kompleksowy; w trakcie udzielania tych świadczeń świadczeniodawca zapewnia realizację zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 55 ust. 6 ustawy, a w przypadku udzielania świadczeń kobietom w ciąży i dzieciom do ukończenia 18. r. ż., także z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. poz. 1860); świadczenia położnej

poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej, udzielane są z zachowaniem zasad określonych w przepisach rozporządzenia o opiece okołoporodowej; w przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz świadczenia udzielane są z zachowaniem wymagań określonych w § 8 ust. 3 Ogólnych warunków umów.”;

3) w § 20 po ust. 8 dodaje się ust. 9–12 w brzmieniu:

„9. Położna poz, pod warunkiem spełnienia wymagań zapewniających realizację świadczeń zgodnie z obowiązującym standardem, może sprawować samodzielną opiekę nad kobietą w przebiegu prowadzenia ciąży fizjologicznej.

10. W sytuacji, o której mowa w ust. 9, położna poz realizuje świadczenia oraz zapewnia wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, zgodnie z zakresem i terminami określonymi w części II załącznika do rozporządzenia o opiece okołoporodowej; udzielone świadczenia rozliczane są jako wizyty - po wykonaniu wszystkich świadczeń właściwych terminowi badania określonemu w przepisach rozporządzenia o opiece okołoporodowej. Świadczenia z zakresu edukacji przedporodowej, mające na celu praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa, realizowane od 21. tygodnia ciąży, w formie grupowej lub indywidualnej, podlegają rozliczeniu na odrębnych zasadach.

11. W sytuacji wystąpienia wskazań medycznych, położna poz zapewnia dodatkowo wykonanie pacjentce jednorazowo 24-godzinnego ciągłego pomiaru ciśnienia krwi w warunkach domowych (Holter RR).

12. Wymagania do realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 9 i 10, oraz zasady obowiązujące przy sprawowaniu opieki w ramach umowy, są określone w załączniku nr 6b do zarządzenia. Wykonane świadczenia dokumentowane są w - prowadzonej przez położną poz - indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentki oraz w Karcie ciąży.”;

4) w załączniku nr 1 do zarządzenia, dla świadczeń położnej poz dodaje się lp. 3.11 - 3.19 w brzmieniu:

”

3.11	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży	Wizyta	**207,00**
3.12	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży	Wizyta	**135,00**
3.13	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15. do 20. tyg. ciąży	Wizyta	**135,00**
3.14	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. do 26. tyg. ciąży	Wizyta	**162,00**
3.15	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. do 32. tyg. ciąży	Wizyta	**135,00**

3.16	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży	Wizyta	**135,00**
3.17	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży	Wizyta	**135,00**
3.18	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tyg. ciąży	Wizyta	**135,00**
3.19	Wizyta związana z wykonaniem Holtera RR	Wizyta	**117,00**

„ ;

5) dodaje się załącznik nr 6b do zarządzenia w brzmieniu określonym **w załączniku nr 8** do niniejszego zarządzenia;

6) w załączniku nr 9 do zarządzenia stanowiącym wzór wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w części II określającej przedmiot umowy, którego dotyczy wniosek, dla pkt 3 dodaje się wiersz w brzmieniu:

„w tym: świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej”;

7) we wzorze umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, stanowiącym załącznik nr 2 do zarządzenia:

a) w § 1 w ust. 1 w pkt 3 po lit. i dodaje się lit. j w brzmieniu:

„j) świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej – wizyty w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, o których mowa w § 20 ust. 10 zarządzenia;”,

b) w § 5 w pkt 1 po lit. c dodaje się lit. d w brzmieniu:

„d) informacji o badaniach diagnostycznych i konsultacjach medycznych wykonanych w ramach świadczeń udzielonych przez położne poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej, zgodnie z okodowaniem wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9;”,

c) w § 6 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Informacje, o których mowa w § 5 pkt 1 lit. b i d oraz w pkt 2 lit. b są przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Funduszu w formie elektronicznej comiesięcznie, w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (odpowiednio: komunikat XML typu: SWIAD *„Komunikat szczegółowy NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych”* lub typu ZBPOZ – *„Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ”*), w terminie do 10. dnia po upływie każdego okresu sprawozdawczego.”,

d) w § 10 w ust. 3 dodaje się pkt 9–17 w brzmieniu:

„9) opłatę za wizytę w okresie do 10. tyg. ciąży w wysokości ..... zł (*słownie:..... złotych*) wykonaną przez położną poz w opiece

nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

10) opłatę za wizytę w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży w wysokości ..... zł (*słownie:..... złotych*) wykonaną przez położną poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

11) opłatę za wizytę w okresie od 15. do 20. tyg. ciąży w wysokości ..... zł (*słownie:..... złotych*) wykonaną przez położną poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

12) opłatę za wizytę w okresie od 21. do 26. tyg. ciąży w wysokości ..... zł (*słownie:..... złotych*) wykonaną przez położną poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

13) opłatę za wizytę w okresie od 27. do 32. tyg. ciąży w wysokości ..... zł (*słownie:..... złotych*) wykonaną przez położną poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

14) opłatę za wizytę w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży w wysokości ..... zł (*słownie:..... złotych*) wykonaną przez położną poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

15) opłatę za wizytę w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży w wysokości ..... zł (*słownie:..... złotych*) wykonaną przez położną poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

16) opłatę za wizytę w okresie po 40. tyg. ciąży w wysokości ..... zł (*słownie:..... złotych*) wykonaną przez położną poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

17) opłatę za wizytę w wysokości ..... zł (*słownie:..... złotych*) związaną z wykonaniem Holtera RR.";

2) w załączniku nr 3a do umowy POZ dla świadczeń położnej poz dodaje się Lp. 3.12- 3.20 w brzmieniu:

"

3.12	5.01.00.0000131	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży
3.13	5.01.00.0000132	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży
3.14	5.01.00.0000133	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15. do 20. tyg. ciąży
3.15	5.01.00.0000134	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. do 26. tyg. ciąży
3.16	5.01.00.0000135	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. do 32. tyg. ciąży
3.17	5.01.00.0000136	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży

3.18	5.01.00.0000137	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży
3.19	5.01.00.0000138	Wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tyg. ciąży
3.20	5.01.00.0000139	Wizyta położnej poz związana z wykonaniem Holtera RR

„ .

§ 12. W zarządzeniu Nr 56/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zmienionym zarządzeniem Nr 70/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. oraz zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 15 w ust. 1 pkt 16 i 17 otrzymują brzmienie:

„16) W sytuacji udzielania świadczeń na rzecz kobiet w ciąży powikłanej, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860), w okresie roku po porodzie (z uwzględnieniem wsparcia psychologicznego udzielanego na rzecz rodziny) takich jak: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, porada lekarska diagnostyczna, porada lekarska terapeutyczna, wizyta/porada domowa/środowiskowa realizowana przez lekarza lub psychologa, w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, świadczenia psychologiczne, wartość punktowa tych świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,5;

17) w sytuacji udzielenia świadczeń, o których mowa w pkt 16:

a) na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, w umowach zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji tych świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach, z zastrzeżeniem, że liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych oraz wartość, wynikającą z wartości tych świadczeń zrealizowanych w kwartale, w którym udzielono świadczeń,

b) nie rozlicza się tych świadczeń łącznie, ze świadczeniem: opieka psychologiczna, udzielanym w ramach umów o udzielanie świadczeń

w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane w zakresie: koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II i III poziomie opieki perinatalnej”;

2) uchyla się załączniki nr 3 i 4 do zarządzenia.

§ 13. W zarządzeniu Nr 61/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci ze śpiączką, zmienionym zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 13 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Świadczeniodawca udzielający świadczeń dzieciom, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu, o których mowa w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860), współpracuje z poradnią neonatologiczną realizującą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie dziecięcej opieki koordynowanej. Współpraca, o której mowa w zd. pierwszym, polega w szczególności na wzajemnym udzielaniu informacji o stanie zdrowia, potrzebach i postępach rehabilitacyjnych pacjenta.”;

2) w § 19 po ust. 5 dodaje się ust. 5a i 5b w brzmieniu:

„5a. W sytuacji udzielania świadczeń pacjentom, o których mowa w § 13 ust. 2a, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, w umowach zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji tych świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach, z zastrzeżeniem, że liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych oraz wartość, wynikającą z wartości tych świadczeń zrealizowanych w kwartale, w którym udzielono tych świadczeń.

5b. Warunkiem zwiększenia kwoty zobowiązania, o której mowa w ust. 5a, jest przekazanie przez świadczeniodawcę realizującego świadczenia w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, informacji o stanie

zdrowia i postępach rehabilitacyjnych pacjenta, do poradni neonatologicznej, o której mowa w § 13 ust. 2a.”;

3) w załączniku nr 1n w lp. 5 dodaje się wiersz trzeci w brzmieniu:

”

5	Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	zał. 1 lp. 3 lit. b rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji	05.2300.021.02	Osobodzień w ośrodku/oddziale dziennym w rehabilitacji dzieci uprawnionych na podstawie ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”	5.11.02.9000061	punkt	87	

” .

§ 14. W zarządzeniu Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zmienionym zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016, wprowadza się następujące zmiany:

1) w załączniku nr 5b:

a) uchyla się wiersz w lp. 12,

b) po lp. 16 dodaje się wiersze o lp. 17-24 w brzmieniu:

”

17.	5.05.00.0000088	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie do 10. tyg.	23			świadczenie wykonywane zgodnie z postanowieniami określonymi w: „Standardach postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem” stanowiących załącznik do rozporządzenia o opiece okołoporodowej, a w przypadku ciąży patologicznej dodatkowo na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Rozliczenie świadczenia możliwe jest po wykazaniu w raporcie statystycznym świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych przypisanych właściwemu terminowi badania wskazanego w rozporządzeniu. Świadczenie nie może być rozliczane w przypadku realizacji umowy w rodzaju SOK – Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC) oraz Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III).
18.	5.05.00.0000089	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 11. do 14. tyg.	15			
19.	5.05.00.0000090	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 15. do 20. tyg.	15			
20.	5.05.00.0000091	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 21. do 26. tyg.	18			
21.	5.05.00.0000092	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 27. do 32. tyg.	15			
22.	5.05.00.0000093	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 33. do 37. tyg.	15			
23.	5.05.00.0000094	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 38. do 39. tyg.	15			
24.	5.05.00.0000095	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie po 40. tyg.	15			

” .

§ 15. W zarządzeniu Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r., zarządzeniem Nr 102/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. oraz zarządzeniem Nr 117/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2016 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 14 po ust. 4 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. W sytuacji przystąpienia świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), finansowanych w ramach umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, umowa zawarta ze świadczeniodawcą o udzielanie świadczeń w zakresie:

1) położnictwo i ginekologia - drugi lub trzeci poziom referencyjny ulega stosownej modyfikacji, poprzez wyłączenie z realizacji umowy świadczeń o profilu położniczym, finansowanych w ramach grup, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 8 i ust. 3 pkt 2 oraz świadczeń z grup: N06, N07C, N07D, N12 i produktów jednostkowych, dedykowanych do sumowania z powyższymi JGP, określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia;

2) neonatologia - drugi lub trzeci poziom referencyjny ulega rozwiązaniu.”;

2) w § 15 ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia wyłącznie w OAiIT lub objętych koordynowaną opieką dla kobiet w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się odpowiednio przez produkt nr 5.52.01.0001467 – Hospitalizacja wyłącznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej lub produkt nr 5.52.01.0001504 – Hospitalizacja świadczeniobiorcy KOC II/III w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z katalogu produktów odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia oraz, ewentualnie łącznego rozliczenia innych produktów dopuszczonych do sumowania w OAiIT z katalogu produktów do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia. Niezależnie od powyższego, do rozliczenia wykazuje się odrębnie dla każdego dnia pobytu produkty

związane z oceną stanu pacjenta w skali TISS – 28 lub TISS – 28 dla dzieci z katalogu produktów do sumowania, stanowiącego załącznik nr 1c do zarządzenia.”;

3) w załączniku nr 1a do zarządzenia po lp. 446 dodaje się wiersze o lp. 447 i 448 w brzmieniu:

„

| Lp. | Kod grupy | Kod produktu | Nazwa grupy | Wartość punktowa - hospitalizacja | Wartość punktowa - hospitalizacja planowa | Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia" | Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja | Wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa | Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja | Zakresy świadczeń | | |

| Lp. | Kod produktu | Nazwa produktu rozliczeniowego | Wartość punktowa | Zakresy świadczeń | | |

N08B 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 zrębie łożyskowym
75.315 Zastosowanie fetoskopii, laseroterapii bądź elektrod bipolarnych w likwidowaniu połączeń pępowinowych między zdrowym płodem a acardiaciem
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 prognostyczna 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

„ .

Rozdział 5
Postanowienia końcowe

§ 16. Zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2017 r.

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

p.o. PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZ ZDROWIA
Zastępca Prezesa ds. Medycznych
Andrzej Jacyna