**ZARZĄDZENIE Nr /2019/DSOZ  
PREZESA  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia ……………………….2019 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.[[1]](#footnote-1))) zarządza się, co następuje:

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

1) w § 14 po ust. 10 dodaje ust. 11 w brzmienie:

„11. W przypadku ograniczenia dostępności do świadczeń na terenach wiejskich, na których gęstość zaludnienia (według danych GUS) nie przekracza  
50 mieszkańców na kilometr kwadratowy, świadczenia mogą być udzielane dodatkowo przez lekarza nieposiadającego specjalizacji, który nie jest w trakcie specjalizacji w miejscach udzielania świadczeń utworzonych po wejściu w życie niniejszego zarządzenia lub już istniejących.”

2). w § 15 po ust. 6 dodaje się ust. 7-12 w brzmieniu;

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

8. Jednostką rozliczeniową rozliczenia świadczeń, o których mowa w § 14  
ust. 1 jest ryczałt miesięczny, którego cena jednostkowa jest określona w L.p. 1.8 załącznika nr 1 do zarządzenia.

9. W przypadku posiadania przez świadczeniodawcę ważnego certyfikatu akredytacyjnego wydanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, finansowanie świadczeń dla, których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna dokonuje się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych ustalonych dla świadczeniodawcy, o którym mowa powyżej, określonych w l.p. 1.1a załącznika  
nr 1 do zarządzenia.

10. W przypadku obejmowania opieką świadczeniobiorców (zadeklarowanych do świadczeniodawcy w zakresie lekarza POZ) chorych przewlekle, zgodnie  
z jednostkami chorobowymi wymienionymi w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia, którzy w okresie 3 miesięcy nie korzystali ze świadczeń odpowiednich poradni specjalistycznych oraz uzyskali w tym okresie porady  
w zakresie lekarza POZ związane ze schorzeniami przewlekłymi wymienionymi powyżej, stawka kapitacyjna korygowana jest współczynnikiem o wartości 3,2.

11. W przypadku wystawiania przez świadczeniodawcę recept w postaci elektronicznej na zasadach i zgodnie z przepisami ustawy z dnia 1 marca 2018 r.  
o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzaniem e-recepty (Dz. U. poz. 697), przez lekarza POZ, którego świadczenia finansowane są z zastosowaniem stawki kapitacyjnej, do rozliczenia świadczeń, w wyniku których wystawione zostały recepty w postaci elektronicznej zastosowanie znajdują ceny jednostek rozliczeniowych ustalone dla świadczeniodawcy, o którym mowa powyżej, zdefiniowane w zakresie  
i czasie obowiązywania w l.p. 1.1b -1.1p załącznika nr 1 do zarządzenia.

12. W przypadku realizacji świadczeń zdefiniowanych w § 2 ust. 1 pkt 14 zarządzenia, począwszy od 1 stycznia 2020 r. po zakończeniu:

a) I kwartału, świadczeniodawca który przebadał 15% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie ze stanem listy pacjentów na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnionej przez Fundusz w SIMP wartość jednostki rozliczeniowej wskazanej w L.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu zrealizowanych świadczeń w tym kwartale korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1;

b) II kwartału, świadczeniodawca który przebadał narastająco począwszy od 1 stycznia 2020 r. 30% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie ze stanem listy pacjentów na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnionej przez Fundusz w SIMP wartość jednostki rozliczeniowej wskazanej w L.p. 1.2 załącznika  
nr 1 do zarządzenia w odniesieniu zrealizowanych świadczeń w tym kwartale korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1;

c) III kwartału, świadczeniodawca który przebadał narastająco począwszy od  
1 stycznia 2020 roku 45% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie ze stanem listy pacjentów na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnionej przez Fundusz w SIMP wartość jednostki rozliczeniowej wskazanej w L.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu zrealizowanych świadczeń w tym kwartale korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1;

d) IV kwartału, świadczeniodawca który przebadał narastająco począwszy od  
1 stycznia 2020 roku 60% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie ze stanem listy pacjentów na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnionej przez Fundusz w SIMP wartość jednostki rozliczeniowej wskazanej w L.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu zrealizowanych świadczeń w tym kwartale korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1.

13. W przypadku realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy na zasadach określonych w ust. 12 lit. a-d, z zastosowanie ceny jednostki rozliczeniowej wskazanej w L.p. 1.9 załącznika nr 1 do zarządzenia.

14. W przypadku świadczeniodawcy realizującego świadczenia na warunkach, określonych łącznie w ust. 9 i 11 rozliczeń dokonuje się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych ustalonych dla świadczeniodawcy, o którym mowa powyżej, zdefiniowanych w zakresie i czasie obowiązywania w l.p. 1.1aa -1.1ao załącznika   
nr 1 do zarządzenia.

15. W odniesieniu do wskazywanych rozliczeń, o których mowa w ust. 10 nie obowiązują współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2.”

3) w § 19 po ust. 6 dodaje się ust. 7 w brzmieniu:

„7. W przypadku posiadania przez świadczeniodawcę ważnego certyfikatu akredytacyjnego wydanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, finansowanie świadczeń dla, których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna dokonuje się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych ustalonych dla świadczeniodawcy, o którym mowa powyżej, określonych w l.p. 2.1a załącznika  
nr 1 do zarządzenia.”.

4) w § 23 po ust. 3 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. W przypadku posiadania przez świadczeniodawcę ważnego certyfikatu akredytacyjnego wydanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, finansowanie świadczeń dla, których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna dokonuje się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych ustalonych dla świadczeniodawcy, o którym mowa powyżej, określonych w l.p. 3.1a załącznika nr 1 do zarządzenia.”.

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

„3a. W przypadku posiadania przez świadczeniodawcę ważnego certyfikatu akredytacyjnego wydanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, finansowanie świadczeń dla, których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna dokonuje się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych ustalonych dla świadczeniodawcy, o którym mowa powyżej, określonych w l.p. 4.1a załącznika nr 1 do zarządzenia.”.

8) Załącznik 1 nr do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia

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

**§ 3.** 1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą od dnia  
1 września 2019 roku.

2. Przepisy art. 1 ust. 2 (w zakresie dodawanych w § 15 ust. 7-9 oraz 14  
i 15 zarządzenia), 3, 4 i 5 mają zastosowanie do rozliczenia świadczeń udzielonych od dnia 1 września 2019 roku.

3. Przepisy art. 1 ust. 1, 2 (w zakresie dodanego w § 15 ust. 10, 12 i 13 zarządzenia), wchodzą w życie od dnia 1 stycznia 2020 roku i mają zastosowanie do rozliczenia świadczeń od dnia 1 kwietnia 2020 roku.

**PREZES**

**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

1. ) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1394. [↑](#footnote-ref-1)