

załącznik Nr 2 do umowy POZ Nr

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
rodzaj świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna

UNIKALNY WYRÓZNIK PODWYKONAWCY			
<i>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</i>			
Nazwa			
Adres siedziby		Kod terytorialny	
REGON		NIP	
Forma organizacyjna		Forma gospodarki finansowej (część IV KR)	
Osoba/y uprawniona do reprezentowania			
<i>Dane rejestrowe podwykonawcy</i>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru (dla RZOZ część I KR)	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<i>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</i>			
Umowa/promesa		Przedmiot podwykonawstwa	
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Opis przedmiotu podwykonawstwa	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa			

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

Załącznik nr 4 do umowy POZ

pieczętka Świadczeniodawcy z nr umowy

Informacja o aktualnej liczbie podopiecznych DPS, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych, resocjalizacyjnych objętych przez świadczeniodawcę świadczeniami lekarza poz/pielęgniarki poz ^{*)}					
L.P.	nazwa i adres jednostki	liczba świadczeniobiorców objętych opieką w danej jednostce			
		DPS	placówka socjalizacyjna	placówka interwencyjna	placówka resocjalizacyjna
1					
2					
3					
4					
5					

.....
data, miejsce

.....
pieczętka imienna i podpis Świadczeniodawcy

*) niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 5 do umowy POZ

Świadczeniodawca: (nazwa)
Kod umowy: (nr sygnatury)
Okres sprawozdawczy (Symbol ankiety): POZ-(xx)¹ -20.... r.

WZÓR ZBIORCZEGO RAPORTU
ZAKRES DANYCH SPRAWOZDAWCZYCH W RAPORTACH STATYSTYCZNYCH
Z REALIZACJI ŚWIADCZEŃ W POZ

Świadczenia sprawozdawane za pomocą komunikatu XML:

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ ²	Kod świadczenia ³	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Liczba świadczeń w okresie	Sprawozdawczość elektroniczna – obowiązujący typ komunikatu XML
1			Lekarz poz		
1.1	5.01.00.0000075	2.4	porada lekarska udzielona w miejscu udzielania świadczeń pacjentowi w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia (wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10; porada w ramach kapitulacji)	n.d	SWIAD
1.2	5.01.00.0000076	8.4	porada lekarska udzielona w domu pacjenta w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia (wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10; porada w ramach kapitulacji)	n.d	SWIAD
1.3	5.01.00.0000077	2.4	porada lekarska udzielona pacjentowi w miejscu udzielania świadczeń z innych przyczyn niż cukrzyca i/lub choroba układu krążenia (niewymagane rozpoznanie wg klasyfikacji ICD-10; porada w ramach kapitulacji)	n.d	SWIAD
1.4	5.01.00.0000078	8.4	porada lekarska udzielona w domu pacjenta z innych przyczyn niż cukrzyca i/lub choroba układu krążenia (niewymagane rozpoznanie klasyfikacji ICD-10; porada w ramach kapitulacji)	n.d	SWIAD
1.5	5.01.00.0000046	2.11	porada lekarska udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	n.d	SWIAD
1.6	5.01.00.0000047	2.11	porada lekarska udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji	n.d	SWIAD
1.7	5.01.00.0000048	47.4	świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia	n.d	Sprawozdawczość merytoryczna i rozliczeniowa – SIMP on line
1.8	5.01.00.0000051	7.4	porada kwalifikacyjna do transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ	n.d	SWIAD
1.9	5.01.00.0000079	2.11	porada lekarska udzielona świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony uprawnionemu do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osobie uprawnionej jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	n.d	SWIAD
1.10	100101	2.5	liczba porad patronażowych u dzieci do 6 tyg. życia udzielonych w miejscu udzielania świadczeń		ZBPOZ
1.11	100102	8.5	liczba porad patronażowych u dzieci do 6 tyg. życia udzielonych w domu pacjenta		ZBPOZ
1.12	100103	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 2 latków		ZBPOZ
1.13	100104	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 4 latków		ZBPOZ
1.14	100105	2.17	liczba wykonanych badań bilansowych 6 latków		ZBPOZ

Załącznik nr 5 do umowy POZ

1.15	100106	2.17	liczba wykonanych pozostałych badań bilansowych u dzieci i młodzieży		ZBPOZ
1.16	100107	46.19	liczba obowiązkowych szczepień ochronnych ⁴ wykonanych w ramach profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku od 0 do 6 lat		ZBPOZ
1.17	100108	46.19	liczba obowiązkowych szczepień ochronnych ⁴ wykonanych w ramach profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w wieku od 7 do 19 lat		ZBPOZ
1.18	100109	46.19	Liczba szczepień ochronnych zalecanych wykonanych u świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz		ZBPOZ
1.19	Kody zgodnie z załącznikiem nr 7 do umowy		liczba wykonanych badań diagnostycznych zgodnie z wykazem określonym w załączniku nr 6 do umowy		ZBPOZ (za okresy półroczne)
2	Pielęgniarka poz				ZBPOZ
2.1	100201	8.7	liczba wizyt patronażowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2.2	100202	8.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2.3	100203	7.6	liczba wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie pielęgniarki poz		ZBPOZ
2.4	100204	7.11	liczba świadczeń profilaktycznych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2.5	100205	7.11	liczba świadczeń diagnostycznych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2.6	100206	7.11	liczba świadczeń pielęgnacyjnych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2.7	100207	7.11	liczba świadczeń leczniczych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2.8	100208	7.11	liczba świadczeń rehabilitacyjnych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
2.9	100211	7.20	liczba świadczeniobiorców, u których w okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe		ZBPOZ
2.10	100210	7.11	liczba iniekcji i zabiegów zrealizowanych w okresie sprawozdawczym na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego		ZBPOZ
2.11	5.01.00.0000054	46.6	świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów pod objaśnieniami	n.d	SWIAD
2.12	5.01.00.0000052	7.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	n.d	SWIAD
2.13	5.01.00.0000053	7.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji	n.d	SWIAD
2.14	5.01.00.0000080	7.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony uprawnionego do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osoby uprawnionej jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	n.d	SWIAD
3	Położna poz				
3.1	5.01.00.0000089	8.7	wizyta patronażowa	n.d	SWIAD
3.2	5.01.00.0000090	41.6	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w ciąży	n.d	SWIAD
3.3	5.01.00.0000091	8.6	wizyta w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	n.d	SWIAD
3.2	100302	8.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
3.3	100303	7.6	liczba pozostałych wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie położnej poz		ZBPOZ

Załącznik nr 5 do umowy POZ

3.4	5.01.00.0000055	7.11	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	n.d	SWIAD
3.5	5.01.00.0000056	7.11	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji	n.d	SWIAD
3.6	5.01.00.0000081	7.11	świadczenie położnej poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony uprawnionego do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osoby uprawnionej jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	n.d	SWIAD
4			Pielęgniarka szkolna		
4.1	100401	45.20	liczba uczniów w rocznikach określonych dla bilansów zdrowia, u których wykonane zostały testy przesiewowe		ZBPOZ
4.2	100402	45.20	liczba uczniów w pozostałych rocznikach , u których wykonane zostały testy przesiewowe		ZBPOZ
4.3	100403	45.21	liczba wykonanych i udokumentowanych innych świadczeń profilaktycznych		ZBPOZ
4.4	100404	45.11	liczba udzielonych uczniom świadczeń pomocy doraźnej		ZBPOZ
4.5	100501	45.21	liczba uczniów klas I-VI objętych grupową profilaktyką fluorkową w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ

(miejscowość, data)

(podpis osoby uprawnionej)

Objaśnienia:

- 1) oznaczenie miesiąca (okresu sprawozdawczego) w formacie dwucyfrowym np. 01 – styczeń
- 2) kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania
- 3) kod nadany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, dopisujący się automatycznie po wskazaniu przez świadczeniodawcę kodu NFZ
- 4) dotyczy jednostkowo wykonanego szczepienia niezależnie od postaci szczepionki (np. szczepionki skojarzone należy wykazywać, jako jedno szczepienie)

Słownik efektów udzielanych świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy

Kod efektu	Nazwa efektu
2011	pacjent skorzystał z edukacji zdrowotnej w ramach świadczenia
2012	pacjent zakwalifikowany do grupy umiarkowanego ryzyka zachorowania na gruźlicę
2013	pacjent zakwalifikowany do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na gruźlicę
2014	pacjent przekazany celem dalszej diagnostyki i leczenia lekarzowi poz

załącznik Nr 2 do umowy POZ (NŚPLiP + TS)

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
rodzaj świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna

UNIKALNY WYRÓZNIK PODWYKONAWCY			
<i>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</i>			
Nazwa			Kod terytorialny
Adres siedziby			
REGON		NIP	
Forma organizacyjna	Forma gospodarki finansowej (część IV KR)		
Osoba/y uprawniona do reprezentowania			
<i>Dane rejestrowe podwykonawcy</i>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru (dla RZOZ część I KR)	
Organ rejestrujący	Data wpisu		
	Data ostatniej aktualizacji		
<i>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</i>			
Umowa/promesa		Przedmiot podwykonawstwa	
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Opis przedmiotu podwykonawstwa	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa			

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

Załącznik Nr 11 do zarządzenia Nr 72./2009/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r.

OŚWIADCZENIE WNIOSKUJĄCEGO
(składane w sytuacji opisanej w § 40 ust. 5 zarządzenia)

Oświadczam, że informacje:

- 1) o miejscach wykonywania świadczeń będących przedmiotem wniosku;
- 2) dotyczące posiadanego sprzętu;
- 3) o personelu medycznym i harmonogramach jego pracy;
- 4) inne ankiety zawierające dane tożsame z zakresem przedmiotowym złożonego wniosku

- zostały złożone w roku w
(nazwa Oddziału)

Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień składania wniosku oraz, że dane zamieszczone w Portalu, w moim profilu świadczeniodawcy, są tożsame ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

UMOWA Nr/.....
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ
(świadczenia pielęgniarki poz - zadaniowa metoda finansowania)

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:
Narodowym Funduszem Zdrowia - Oddziałem
Wojewódzkim w
z siedzibą: (adres),
reprezentowanym przez, zwanym dalej
„Oddziałem Funduszu”
a
.....,
reprezentowanym przez
....., zwanym
dalej **„Świadczeniodawcą”**.

PRZEDMIOT I OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 1.

1. Przedmiotem umowy są świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 2 pkt 2 Rozporządzenia MZ, udzielane świadczeniobiorcom przez Świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych, w tym:
 - 1) świadczenia pielęgniarki poz – rozliczenie wykonanych punktów na podstawie katalogu świadczeń pielęgniarskich w POZ – *obligatoryjnie*;
 - 2) świadczenia pielęgniarki poz – świadczenia udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy:
 - a) zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ – *obligatoryjnie*,
 - b) spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu – *obligatoryjnie*,

- c) innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom legitymującym się posiadaniem „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – *obligatoryjnie*,
- 3) świadczenia pielęgniarstwa poz – świadczenia udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy) – *obligatoryjnie*;
- 4) świadczenia pielęgniarstwa poz - świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy – *obligatoryjnie*.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
3. Umowę zawarto na okreslat, począwszy od dnia20... r. do dnia
4. W okresie od dnia 01.01.2010 r. do dnia 28.02.2010 r. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych zarządzeniem Nr /2009/DSOZ z dnia..... 2009 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r., w sprawie wykazów świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 139 poz. 1139 i Nr 211, poz. 1642), zwanym dalej „rozporządzeniem MZ” oraz w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. W przypadku, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł odrębną umowę na udzielanie

świadczeń pielęgniarki poz, Świadczeniodawca zobowiązany są do współpracy ze Świadczeniodawcami realizującymi umowy w zakresach: świadczenia lekarza poz, świadczenia położnej poz oraz świadczenia pielęgniarki szkolnej dotyczące tej samej grupy świadczeniobiorców, w szczególności do przekazywania informacji dotyczących wykonywanych procedur terapeutycznych u świadczeniobiorców oraz ich stanu zdrowia.

2. Przekazywanie informacji, o których mowa w ust 1. może następować przy wykorzystaniu wszelkich dostępnych form komunikacji a ich treść należy odnotowywać wraz z datą uzyskania i danymi osoby przekazującej, w prowadzonej dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 3.

Świadczeniodawca jest zobowiązany 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 4.

1. Świadczenia są udzielane zgodnie z harmonogramem, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy, określonym odrębnie dla każdego miejsca udzielania świadczeń.
2. Świadczenia mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy. Podwykonawca musi spełniać warunki określone w przepisach odrębnych i warunkach zawierania umów.
3. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą, a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 2 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.
6. Aktualizację danych, o których mowa w ust. 4 i 5, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w załączniku Nr 1 do zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2009 r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.
7. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapoznania z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów i ich przestrzegania przez wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

§ 5.

1. W przypadku:
 - 1) zaprzestania przez pielęgniarkę poz udzielania świadczeń u Świadczeniodawcy;
 - 2) zmiany miejsca udzielania świadczeń przez Świadczeniodawcę;
 - 3) podziału, zmiany formy organizacyjno-prawnej Świadczeniodawcy lub połączenia z innym świadczeniodawcą- Świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować o tym fakcie właściwy Oddział Funduszu oraz świadczeniobiorców.
2. Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorców o zmianach wyszczególnionych w ust. 1 poprzez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do określonej pielęgniarki poz, do czasu dokonania ponownego wyboru pielęgniarki poz. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podjęcia działań zmierzających, do zachowania zalecanych norm dotyczących liczby

świadczeniobiorców. Złożone uprzednio deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do pielęgniarstwa poza Świadczeniodawcą, do czasu dokonania ponownego wyboru pielęgniarstwa poza, z zastrzeżeniem, że zmiana miejsca udzielania świadczeń następuje w obrębie administracyjnym gminy lub dzielnicy – w miastach, w których wyodrębniono jednostki pomocnicze.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, świadczeń udziela Świadczeniodawca udzielający świadczeń w dotychczasowym miejscu, pod warunkiem, że świadczenia udzielane są przez pielęgniarstwo poza, do których deklarację wyboru złożył świadczeniobiorca.
6. Kontrola danych zawartych w złożonych deklaracjach prowadzona będzie przez Oddział Funduszu zgodnie z zasadami postępowania kontrolnego Narodowego Funduszu Zdrowia.
7. Stosownie do zakresu świadczeń będącego przedmiotem umowy, w przypadku czasowego (związanego z urlopem lub zdarzeniem losowym) zaprzestania udzielania świadczeń przez pielęgniarstwo poza realizującą umowę w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarstwa, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarstwa oraz zakładu opieki zdrowotnej, w których świadczenia realizowane są jednoosobowo, Świadczeniodawca poza zobowiązany jest do:
 - 1) zabezpieczenia świadczeniobiorcom zadeklarowanym odpowiednio do pielęgniarstwa poza dostępności do świadczeń poprzez zagwarantowanie zastępstwa na okres nieobecności u innego świadczeniodawcy;
 - 2) odpowiednio wczesnego powiadomienia świadczeniobiorców o zmianach wynikających z modyfikacji wprowadzonej w związku z pkt 1 poprzez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń;
 - 3) poinformowania o zaistniałej sytuacji właściwy oddział wojewódzki Funduszu.
8. W przypadku planowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia kontroli u Świadczeniodawcy w zakresie prawidłowej realizacji postanowień zawartych w umowie, Świadczeniodawca zostaje powiadomiony przez NFZ o takim zamiarze z wyprzedzeniem 48 godzin przed rozpoczęciem czynności kontrolnych.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

§ 6.

1. Podstawę do ustalenia liczby świadczeniobiorców objętych opieką, stanowi lista świadczeniobiorców sporządzona na podstawie deklaracji wyboru.
2. Lista świadczeniobiorców będzie każdorazowo zawierała aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, którzy złożyli deklaracje do osoby udzielającej świadczeń u Świadczeniodawcy.
3. Lista, o której mowa w ust. 1 i 2, będzie przekazywana przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Wojewódzkiemu Funduszu według wzoru i w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (komunikat XML typu DEKL - „Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ / KAOS”), w okresach miesięcznych, według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego, w terminie do 7 dnia każdego okresu sprawozdawczego.
4. W przypadku zmian w formacie wymiany danych, o którym mowa w ust. 3, lub zmian w zakresie danych wymagalnych, właściwy Oddział Funduszu powiadomi świadczeniodawców z wyprzedzeniem, co najmniej jednego okresu sprawozdawczego.
5. Na podstawie list świadczeniobiorców przekazywanych przez innych Świadczeniodawców, Oddział Funduszu weryfikuje listę przekazaną przez Świadczeniodawcę oraz przekazuje do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez Świadczeniodawcę.
6. Lista po przeprowadzonej weryfikacji, o której mowa w ust. 5, jest listą ostateczną za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz u Świadczeniodawcy kontroli wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.
7. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego Świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie ostatniej deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.

§ 7.

W przypadku, gdy świadczeniobiorca po raz trzeci w danym roku kalendarzowym dokonuje wyboru pielęgniarki poz, Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę o obowiązku wniesienia na rachunek Oddziału Funduszu opłaty w wysokości 80 zł oraz podaje numer tego rachunku.

§ 8.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazywania Funduszowi za dany okres sprawozdawczy podlegający rozliczeniu w ramach umowy, informacji o zrealizowanych świadczeniach
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, Świadczeniodawca przedstawia w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu.
3. Zakres danych sprawozdawanych obejmuje:
 - 1) PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – datę urodzenia lub nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia;
 - 3) datę zgłoszenia/objęcia pacjenta świadczeniami „pielęgniarskiej opieki domowej w POZ” jeśli miało miejsce;
 - 4) datę dokonania ostatniej kwalifikacji do objęcia pacjenta „pielęgniarską opieką domową w POZ”;
 - 5) uzyskaną ocenę, według testu oceny stanu pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel, przy kwalifikacji do objęcia pacjenta „pielęgniarską opieką domową w POZ”;
 - 6) datę udzielenia świadczenia;
 - 7) informacje o wykonanych w okresie sprawozdawczym świadczeniach wskazanych w załączniku nr 3 do umowy oraz „Katalogu świadczeń pielęgniarki poz” określonym załącznikiem nr 15 do zarządzenia Nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, w brzmieniu ustalonym przed dniem 1 sierpnia 2009 r.;

- 8) dla świadczeń udzielanych: osobom spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałym poza terenem właściwości oddziału wojewódzkiego lub zamieszkałym na terenie tego samego województwa, ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ, osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, osobom innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP:
- a) numer PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – datę urodzenia lub nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
 - c) datę udzielenia świadczenia,
 - d) rozpoznanie lekarskie wraz z kodem jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10;
- 9) dla świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy:
- a) numer PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – datę urodzenia lub nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
 - c) datę udzielenia świadczenia,
 - d) informację o wyniku zrealizowanego świadczenia;
- 10) dane identyfikacyjne świadczeniodawcy.

§ 9.

1. Raporty w wersji elektronicznej z wykonania świadczeń za poprzedni okres sprawozdawczy, określone w § 8, zgodnie z okodowaniem i wg formatu określonego dla poszczególnych świadczeń w załączniku nr 3 do umowy, świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu do 10 dnia każdego miesiąca.
2. Dla świadczeń rozliczanych wg przyjętych umową cen jednostkowych przekazane

raporty statystyczne stanowią podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy.

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 10.

1. Dla finansowania świadczeń stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
 - 1) cenę punktu w wysokości zł (słownie:..... złotych) za świadczenia zdrowotne rozliczane na podstawie wykonania według katalogu świadczeń pielęgniarskich w POZ;
 - 2) opłatę za świadczenie w wysokości zł (słownie:..... złotych) udzielone w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 2 i 3;
 - 3) opłatę za świadczenie w wysokości zł (słownie:..... złotych) udzielone przez pielęgniarkę poz w ramach profilaktyki gruźlicy.
2. Świadczeniodawca wystawia Oddziałowi Funduszu, do 10 dnia miesiąca następującego po miesiącu sprawozdawczym, rachunek z tytułu, o którym mowa w § 1 ust. 1.

§ 11.

1. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy:
nr rachunku:.....
.....
2. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 1, 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.

KARY UMOWNE

§ 12.

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć

na Świadczeniodawcę karę umowną.

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

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 13.

1. Kwoty określone w § 10 ust. 1, obowiązują w okresie od dnia 2010 r. do dnia 2010 r.
2. Umowa wygasa z upływem terminu na jaki została zawarta.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14.

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 15.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 139 poz. 1139 i Nr 211, poz. 1642).

§ 16.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 17.

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

Wykaz załączników do umowy:

Załącznik nr 1 – Harmonogram - zasoby

Załącznik nr 2 – Wykaz podwykonawców

Załącznik nr 3 – Wykaz świadczeń poz obowiązujący dla sprawozdań statystycznych i
statystyczno-rozliczeniowych z realizacji umowy

Załącznik nr 4 – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Podpisy stron

.....

.....

.....

.....

Świadczeniodawca

Oddział Funduszu

HARMONOGRAM - ZASOBY**rodzaj świadczeń:podstawowa opieka zdrowotna**

Nr pozycji umowy (a)	Kod zakresu świadczeń (b)	Zakres świadczeń (c)	Kod miejsca udzielania świadczeń (d)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń (e)	Adres miejsca udzielania świadczeń (f)	Część VII kodu resortowego (g)	Część VIII kodu resortowego (h)	Profil IX - X cz. kodu res. (i)

I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń									
Harmonogram									
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status D, M, U*

II. Personel										
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	Pesel (d)	Status D, M, U*						
Dostępność osoby personelu										
Dostępność godzinowa tygodniowo (e)	Rodzaj harmonogramu ** (f)	pn (g)	wt (h)	śr (i)	czw (j)	pt (k)	sob (l)	nd (m)	Obowiązuje od (n)	Obowiązuje do (o)
	P ***									
	D ***									
Uprawnienia zawodowe										
Grupa zawodowa (p)						Nr Prawa Wyk. Zawodu (q)				
Zawód-specjalność										
Nazwa (r)						Stopień specjalizacji (s)		Data uzyskania (t)	Data otwarcia (u)	
Kompetencje										
Nazwa (w)									Data uzyskania (y)	
Doświadczenie zawodowe (z)										
III. Sprzęt										
Unikalny wyróżnik sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)	Ilość (c)	Nr seryjny sprzętu (d)	Rodzaj dostępności sprzętu (e)	Rok produkcji (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status D, M, U*		

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

* D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

** Rodzaj harmonogramu:

P - harmonogram podstawowy

D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)

*** drukowany jeśli wypełniony

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
rodzaj świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna

UNIKALNY WYRÓZNIK PODWYKONAWCY			
<i>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</i>			
Nazwa			
Adres siedziby		Kod terytorialny	
REGON		NIP	
Forma organizacyjna		Forma gospodarki finansowej (część IV KR)	
Osoba/y uprawniona do reprezentowania			
<i>Dane rejestrowe podwykonawcy</i>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru (dla RZOZ części I KR)	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<i>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</i>			
Umowa/promesa		Przedmiot podwykonawstwa	
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Opis przedmiotu podwykonawstwa	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa			

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

Świadczeniodawca: (nazwa)

Kod umowy: (nr sygnatury)

Okres sprawozdawczy (Symbol ankiety): POZ-(xx)¹ -20.... r.

WZÓR ZBIORCZEGO RAPORTU
ZAKRES DANYCH SPRAWOZDAWCZYCH W RAPORTACH STATYSTYCZNYCH
Z REALIZACJI ŚWIADCZEŃ W POZ

Świadczenia sprawozdawane za pomocą komunikatu XML:

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ ²	Kod świadczenia ³	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Liczba świadczeń w okresie	Sprawozdawczość elektroniczna – obowiązujący typ komunikatu XML
1	Świadczenia pielęgniarki poz – zadaniowa metoda finansowania				
1.1	Kody zgodnie z „Katalogiem świadczeń pielęgniarskich w POZ”		świadczenia zrealizowane w okresie sprawozdawczym w trakcie wizyt u pacjentów zadeklarowanych, zgodnie z „Katalogiem świadczeń pielęgniarskich w POZ”	n.d.	SWIAD
1.2	100201	8.7	liczba wizyt patronażowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
1.3	100202	8.6	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym		ZBPOZ
1.4	100203	7.6	liczba wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie pielęgniarki poz		ZBPOZ
1.5	100210	8.11	liczba iniekcji i zabiegów zrealizowanych w okresie sprawozdawczym na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego		ZBPOZ
1.6	100211	7.20	liczba świadczeniobiorców, u których w okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe		ZBPOZ
1.7	5.01.00.0000054	46.6	świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów pod objaśnieniami	n.d.	SWIAD
1.8	5.01.00.0000052	7.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	n.d.	SWIAD
1.9	5.01.00.0000053	7.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji	n.d.	SWIAD
1.10	5.01.00.0000080	7.11	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony uprawnionego do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osoby uprawnionej jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	n.d.	SWIAD

.....
(miejscowość, data).....
(podpis osoby uprawnionej)**Objaśnienia:**¹) oznaczenie miesiąca (okresu sprawozdawczego) w formacie dwucyfrowym np. 01 – styczeń

²⁾ kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

³⁾ kod nadany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, dopisujący się automatycznie po wskazaniu przez świadczeniodawcę kodu NFZ

Słownik efektów udzielanych świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy

Kod efektu	Nazwa efektu
2011	pacjent skorzystał z edukacji zdrowotnej w ramach świadczenia
2012	pacjent zakwalifikowany do grupy umiarkowanego ryzyka zachorowania na gruźlicę
2013	pacjent zakwalifikowany do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na gruźlicę
2014	pacjent przekazany celem dalszej diagnostyki i leczenia lekarzowi poz

.....
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 nr rachunku bankowego to:

.....

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

.....
Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy