

ZARZĄDZENIE Nr 3/2015/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 7 stycznia 2015 r.

zmieniające zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 86/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2014 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, wprowadza się następujące zmiany:

1) pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) w § 9:

a) w ust. 1 w pkt 1 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) pkt 1-3, osobom znajdującym się na listach świadczeniobiorców lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, które zgodnie z posiadanymi uprawnieniami złożyły u świadczeniodawcy odpowiednio, deklarację wyboru: świadczeniodawcy i lekarza poz, świadczeniodawcy i pielęgniarki poz, świadczeniodawcy i położnej poz, włączając w to zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji²⁾”,

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570, Nr 237, poz. 1654; z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188, 1491 i 1831.

²⁾ rozumie się przez to osoby uprawnione na podstawie przepisów, o których mowa w art. 5 pkt 32 ustawy, legitymujące się poświadczeniem wydanym przez właściwy terytorialnie Oddział Funduszu na podstawie zarejestrowanego formularza E106 lub E109, lub E120, lub E121, lub odpowiednio dokumentu S1 albo DA1, wydanych przez instytucję innego państwa członkowskiego UE/EFTA, oraz osoby posiadające wydany przez Narodowy Fundusz Zdrowia formularz E106 lub E109, lub E120, lub E121, lub E123 lub dokument S1 albo DA1 zamieszkujące w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA, którym zgodnie z obowiązującymi przepisami o koordynacji, tj. art. 18 i 27 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. L 166 z 30.04.2004, str. 1-123, z późn.

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

„2a. W przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców po dniu 31 grudnia 2014 r., jest deklaracja wyboru złożona w tym samym okresie przez osobę, dla której dane usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców udostępnianej przez Fundusz, w dacie złożenia deklaracji nie potwierdzają uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a która swoje uprawnienia do świadczeń potwierdziła na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo wyłącznie przez złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6-9 ustawy, wpis taki ważny jest przez trzy okresy sprawozdawcze od daty złożenia deklaracji.

2b. W przypadku deklaracji złożonych przed dniem 1 stycznia 2015 r. przepisy ust. 2a stosuje się odpowiednio. Okres finansowania w tych przypadkach liczony jest od daty potwierdzenia przez świadczeniobiorcę uprawnień do świadczeń na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo daty złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6-9 ustawy.”,

c) w ust. 5 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy oraz osobom uprawnionym wyłącznie w związku z przepisami, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy.”;

2) w pkt 3:

a) lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Potwierdzenie udzielenia porady, wizyty lub innego świadczenia stanowi dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, a dla zrealizowanych zabiegów, wpisu w księdze zabiegowej, za wyjątkiem:

- 1) świadczeń, o których mowa w § 9 ust. 5 i 6 oraz w § 20 ust. 2-4, w odniesieniu do których dodatkowo wymagane jest potwierdzenie zrealizowania świadczenia przez osobę, której zostało udzielone, jej opiekuna prawnego lub faktycznego; oraz
- 2) porad lekarskich związanych z wydaniem karty, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 3b, gdzie wymagane jest dołączenie do dokumentacji medycznej pacjenta kopii wydanej karty, w części dotyczącej zakresu lekarza poz.”,

b) lit. d otrzymuje brzmienie:

„d) w ust. 7:

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

zm.), pomimo zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej, jako państwie właściwym.

„1) należność z tytułu udzielonych świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców albo uczniów objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, jeśli zostały określone dla danego zakresu świadczeń. Iloczyn stawki miesięcznej i współczynnika korygującego wyrażony jest w złotych i groszach, z tym, że:

a) w przypadku świadczeń lekarza poz, począwszy od dnia 1 sierpnia 2015 r., wysokość rocznej stawki kapitacyjnej, uzależniona jest od przyjętego sposobu sprawozdawania wykonania badań diagnostycznych w danym okresie (komunikat XML typu ZBPOZ albo komunikat XML typu SWIAD – zgodnie z wyborem świadczeniodawcy – możliwość wyboru nie dotyczy badań, dla których przepisy wydane na podstawie art. 31d ustawy określają wymaganą formę sprawozdawczości), oraz począwszy od IV kwartału 2015 r., także od poziomu wskaźnika wykonania badań diagnostycznych, o którym mowa w § 2 pkt 19a. Informację o wartości rocznej stawki kapitacyjnej obowiązującej dla danego okresu sprawozdawczego oraz wartości WWBD dla danego kwartału roku, jeśli został wyliczony, Fundusz przekazuje świadczeniodawcy. Wartość WWBD dla danego świadczeniodawcy, na podstawie danych z wykonania badań oraz przy uwzględnieniu wyceny poszczególnych badań dokonanej przez Fundusz w oparciu o analizę wykonania w okresie styczeń - lipiec 2015 r., wyliczana jest zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 1a do zarządzenia,

b) w przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej w ramach umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej, należność powiększona jest o iloczyn liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, odrębnie określonej dla finansowania tych świadczeń w załączniku nr 1 do zarządzenia;”,

- po pkt 5 dodaje się pkt 5a i 5b w brzmieniu:

„5a) w przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców po 31 grudnia 2014 r. jest deklaracja wyboru złożona w tym okresie przez osobę, dla której dane usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców udostępnianej przez Fundusz w dacie złożenia deklaracji nie potwierdzą posiadania uprawnień do świadczeń, a która swoje uprawnienia do świadczeń potwierdziła na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo wyłącznie przez złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6-9 ustawy, wpis taki ważny jest przez trzy okresy sprawozdawcze od daty złożenia deklaracji;

5b) w sytuacji utraty przez świadczeniobiorcę prawa do świadczeń opieki zdrowotnej złożona przez niego deklaracja wyboru, o której mowa w art. 28 ustawy, stanowi podstawę rozliczenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowa opieka zdrowotna, w przypadku ponownego nabycia przez tego świadczeniobiorcę prawa do świadczeń; deklaracja wyboru, o której mowa w zd. pierwszym i ust. 5a zachowuje ważność;”,

- pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) obowiązek przekazywania informacji, o której mowa w pkt 3, nie dotyczy świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz; podstawę rozliczenia realizacji umów w tym zakresie, stanowią zweryfikowane listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz danego świadczeniodawcy poz albo lekarzy poz tych świadczeniodawców poz, którzy złożyli danemu świadczeniodawcy wraz z informacją o listach zadeklarowanych świadczeniobiorców oświadczenie o objęciu opieką. Wzór oświadczenia o objęciu opieką określony jest w załączniku nr 3 do zarządzenia.”;”;

3) w pkt 4, przepis ust. 2 w § 12a zarządzenia nim określonym, otrzymuje brzmienie:

„2. Wydanie karty, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 3b, jest dokonywane z zastosowaniem aplikacji informatycznej (systemu informatycznego) udostępnionej przez Fundusz i sprawozdawane w formie porady lekarskiej. Wraz z informacją o udzielonej poradzie, o której mowa w zd. 1, świadczeniodawca sprawozdaje dane dotyczące wykonanej diagnostyki onkologicznej poprzedzającej wydanie karty, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie 190 ust. 1 ustawy.”;

4) w pkt 6, przepis ust. 4 w § 15 zarządzenia nim określonym, otrzymuje brzmienie:

„4. Liczbę świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 2 pkt 6, potwierdza się nie rzadziej niż dwukrotnie (w styczniu i lipcu) w każdym roku, informacją o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej z tych jednostek; informacja, sporządzona zgodnie ze wzorem określonym w umowie, przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminach: do dnia 7 stycznia oraz do dnia 7 lipca każdego roku.”;

5) załącznik nr 1, o którym mowa w pkt 7 zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.

6) pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) we wzorze umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiącym załącznik nr 2 do zarządzenia:

a) w § 1:

- w ust. 1:

- - pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) świadczenia lekarza poz, w tym zgodnie z przyjętą zasadą rozliczeń:

- a) świadczenia lekarza poz – kapitacja w przypisanych do współczynników korygujących grupach świadczeniobiorców określonych w § 15 ust. 2 zarządzenia, w tym: w 2015 r. – odpowiednio do okresu finansowania – w wysokości ustalonej zgodnie z postanowieniami Lp. 1.1a – 1.1c załącznika nr 1 do zarządzenia,
- b) świadczenia lekarza poz – porady udzielane w stanach, o których mowa w § 9 ust. 5 zarządzenia, świadczeniobiorcom spoza listy:
 - zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy poz lub spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu,
 - innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, osobom uprawnionym wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- c) świadczenia lekarza poz – porady udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy),
- d) świadczenia lekarza poz - świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia,
- e) świadczenia lekarza poz - porady kwalifikacyjne do realizacji świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w poz,
- f) świadczenia lekarza poz – porady związane z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą” odpowiednio do wag wynikających z wartości uśrednionego WRN ustalonego na dany okres sprawozdawczy, określonych w § 15 ust. 7 zarządzenia;”

- - w pkt 2 w lit. b tiret drugie otrzymuje brzmienie:

„- innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie

zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,”

- - w pkt 3 w lit. e tiret drugie otrzymuje brzmienie:

„- innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,”

- ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4. Umowę zawarto na okres: od do

5. W okresie rozliczeniowym od dnia 1 stycznia 20.....r. do dnia 31 grudnia 20.....r.

Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać ją zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w przepisach *zarządzenia Nr/...../DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna*, zwanym dalej „*zarządzeniem*”, 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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”, a także, odpowiednio do przedmiotu umowy, w przepisach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy, oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).”

b) w § 2 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą winna 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.”

c) w § 4 ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. W przypadku planowanej przez Fundusz kontroli u Świadczeniodawcy w zakresie prawidłowej realizacji postanowień zawartych w umowie, Świadczeniodawca zostaje powiadomiony przez Fundusz o takim zamiarze z wyprzedzeniem co najmniej 48 godzin

przed rozpoczęciem czynności kontrolnych. Czas trwania kontroli, o której mowa w zd. pierwszym nie może przekraczać:

- 1) w odniesieniu do mikroprzedsiębiorców – 12 dni roboczych;
- 2) w odniesieniu do małych przedsiębiorców – 18 dni roboczych;
- 3) w odniesieniu do średnich przedsiębiorców – 24 dni roboczych;
- 4) w odniesieniu do pozostałych przedsiębiorców – 48 dni roboczych.”,

d) § 6 otrzymuje brzmienie:

„§ 6. 1. Informacje, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 1 lit. b i w pkt 2 lit. b będą 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.

2. Informacje, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 1 lit. c zgodnie z wykazem aktualnym dla okresu umowy, określonym dla POZ w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy oraz zakresem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, będą przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Funduszu w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz i zgodnie z okodowaniem określonym przez Fundusz w Słowniku badań diagnostycznych lekarza poz” opublikowanym na stronie internetowej w formie komunikatu:

- 1) w przypadku sprawozdawczości zbiorczej – komunikatem XML typu ZBPOZ – „*Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ*”, w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po upływie każdego kwartału roku kalendarzowego;
- 2) w przypadku sprawozdawczości indywidualnej do numeru PESEL pacjenta – komunikatem XML typu: SWIAD – „*Komunikat szczegółowy NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych*”, w terminie do 20. dnia po upływie każdego miesięcznego okresu sprawozdawczego.

3. Wykazy świadczeń, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 2 lit. b, odpowiednio do przedmiotu umowy, oraz typ komunikatu XML, którym informacja o zrealizowanych świadczeniach będzie przekazywana, określają załączniki nr 3a i 3b do umowy.

4. Zakres danych przekazywanych o świadczeniach wykonanych w okresie sprawozdawczym, odpowiednio do typu komunikatu XML, którym sprawozdawczość

będzie realizowana, obejmuje dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, a ponadto:

- 1) kod świadczenia nadany przez Fundusz;
 - 2) dla świadczeń udzielonych osobom spoza listy świadczeniobiorców danego Świadczeniodawcy zadeklarowanym odpowiednio do lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, zamieszkałym poza gminą własną i gminami sąsiadującymi z miejscem udzielania świadczeń, także kod jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10, będący przyczyną zrealizowanego świadczenia;
 - 3) dla udzielonych przez lekarza poz świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia oraz udzielonych przez położną poz świadczeń w Programie profilaktyki raka szyjki macicy – informacje zgodnie z wymogami SIMP.
5. W odniesieniu do świadczeń transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 5 lit. b i c Świadczeniodawca będzie przedstawiał Oddziałowi Funduszu w formie pisemnej, comiesięcznie wraz z rachunkiem, specyfikację wykonanych przewozów, ze wskazaniem liczby przejechanych kilometrów odrębnie dla każdego z nich.”,

e) w § 10 w ust. 1 dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) opłatę za poradę w wysokości zł (*słownie* zł) związaną z wydaniem karty, z uwzględnieniem współczynników korygujących cenę jednostkową, o których mowa w § 15 ust. 7 zarządzenia.”,

f) w § 14:

- ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 45-dniowym okresem wypowiedzenia.”,

- po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Każdorazowa zmiana postanowień umowy wymaga zgodnego oświadczenia woli stron tej umowy.”;”;

7) pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) wykaz załączników do wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia otrzymuje brzmienie:

„Wykaz załączników do umowy:

Załącznik nr 1 – Harmonogram - zasoby

Załącznik nr 2 – Wykaz podwykonawców

Załącznik nr 3a – Wykaz świadczeń poz obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz sprawozdawanych komunikatem XML typu „SWIAD” albo –

w przypadku świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia –
w systemie informatycznym monitorowania profilaktyki (SIMP)

Załącznik nr 3b – Wykaz świadczeń poz obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umów
o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki
szkolnej oraz transportu sanitarnego w poz, sprawozdawanych
komunikatem XML typu „ZBPOZ”

Załącznik nr 3c – uchylony

Załącznik nr 4 – Wzór informacji o liczbie podopiecznych DPS, placówek
socjalizacyjnych, interwencyjnych, resocjalizacyjnych objętych przez
świadczeniodawcę świadczeniami lekarza poz/pielęgniarki poz

Załącznik nr 5 – Wzór informacji o liczbie uczniów objętych opieką przez
Świadczeniodawcę świadczeniami pielęgniarki szkolnej

Załącznik nr 6 – uchylony

Załącznik nr 7 – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego”;;

8) załącznik 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do
niniejszego zarządzenia.

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

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
Tadeusz Jędrzejczyk