

**Projekt**

z dnia 13 września 2022 r.

Zatwierdzony przez .....

**ZARZĄDZENIE NR .....  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia ..... 2022 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.<sup>1)</sup>), w związku z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329), zwanej dalej „ustawą Za życiem” zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.  
Postanowienia ogólne**

**§ 1.** Zarządzenie określa:

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

**§ 2. 1.** Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **dziecięca opieka koordynowana (DOK)** – zakres świadczeń w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka nad dzieckiem, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
- 2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) **koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III)** – zakres świadczeń w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka nad kobietą w ciąży w ośrodkach II lub III poziomu opieki perinatalnej, obejmująca specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, poród, a w przypadku wskazań medycznych także niezbędne hospitalizacje;
- 4) **koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR)** – zakres świadczeń w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka nad dziećmi z całościowymi zaburzeniami rozwoju;

---

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

- 5) **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);
- 6) **poród fizjologiczny** – poród w rozumieniu przepisów rozporządzenia, o którym mowa w pkt 11;
- 7) **poziomy opieki perinatalnej** – organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą stacjonarną opiekę perinatalną odpowiednią do stanu zdrowia ciężarnej oraz przebiegu ciąży lub porodu, realizowaną na trzech poziomach:
  - a) I poziom opieki perinatalnej - zapewniający opiekę perinatalną nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży,
  - b) II poziom opieki perinatalnej - zapewniający opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia,
  - c) III poziom opieki perinatalnej - zapewniający opiekę nad najcięższą patologią ciąży;
- 8) **pozostawanie w opiece koordynowanej co najmniej od 21. tygodnia ciąży** – objęcie opieką koordynowaną kobietę będącą najpóźniej w 21. tygodniu ciąży oraz uzyskanie przez tę kobietę określonych porad wynikających ze schematu opieki, określonego w rozporządzeniu, o którym mowa w pkt 11;
- 9) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 poz. 633, 655, 974, 1079), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”;
- 10) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach rozporządzenia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 11) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej;
- 12) **rozporządzenie psychiatryczne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 13) **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 14) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 15) **rozporządzenie ambulatoryjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 16) **ryczałt** – uśrednioną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC II/III), określoną w załączniku nr 4a do zarządzenia;
- 17) **urodzenie martwe** – całkowite wydalenie lub 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 jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, niezależnie od czasu trwania ciąży;
- 19) **wniosek** – wniosek świadczeniodawcy, ubiegającego się o zawarcie umowy, o której mowa w § 3;
- 20) **wnioskujący** – świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. a ustawy o świadczeniach, ubiegającego się o zawarcie umowy, o której mowa w § 3;

- 21) **współrealizator** – komórkę organizacyjną w strukturze podmiotu składającego wniosek i koordynującego opiekę koordynowaną, która uczestniczy w realizacji świadczeń w zakresie tej opieki;
- 22) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach rozporządzenia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 23) **zrealizowanie schematu opieki** – przeprowadzenie diagnostyki określonej przepisami rozporządzenia o opiece okołoporodowej, przy zapewnieniu osobie prowadzącej ciążę co najmniej dostępu do wyników tych badań i korzystania z nich przy monitorowaniu przebiegu ciąży.

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

## **Rozdział 2.**

### **Przedmiot i warunki do zawarcia umowy**

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

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Wnioskujący, którego jednostki organizacyjne są zlokalizowane na obszarze działania więcej niż jednego oddziału wojewódzkiego Funduszu, jest uprawniony do złożenia więcej niż jednego wniosku na dany zakres świadczeń. W 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 liczbowo-cenową dla każdego miejsca udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmującą również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców i współrealizatorów;
- 4) harmonogram dostępności profilu medycznego lub zakresu dla każdego miejsca udzielania świadczeń;
- 5) wykaz podwykonawców, stanowiący **załącznik nr 1** do wniosku - jeżeli dotyczy;
- 6) wykaz współrealizatorów, stanowiący **załącznik nr 2** do wniosku - jeżeli dotyczy.

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

- 1) oświadczeniem wnioskującego, zgodnym ze wzorem określonym w **załączniku nr 10** do zarządzenia;
- 2) oświadczeniem wnioskującego o wpisach do rejestrów, zgodnym ze wzorem określonym w **załączniku nr 11** do zarządzenia;
- 3) w przypadku wnioskujących wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopią umowy spółki lub wyciągiem z tej umowy zawierającym postanowienia o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałą wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopiami pełnomocnictw udzielonych przez wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;
- 4) kopią polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskującego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania; wnioskujący może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym oświadczenie w przedmiocie obowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- 5) kopią umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązaniem podwykonawcy do jej zawarcia z wnioskującym, zawierający zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem, na zasadach określonych w ustawie;

- 6) oświadczeniem w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy – w 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 8** do zarządzenia;
- 8) pełnomocnictwem do składania oświadczeń woli, w imieniu wnioskującego – w przypadku gdy wnioskujący jest reprezentowany przez pełnomocnika.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Rozdział 3.** **Szczegółowe warunki umowy**

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

2. Umowę zawiera się odpowiednio w zakresie:

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

3. Wzór umowy określony w:

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

4. Zmiany wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale wojewódzkim Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców, umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

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

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

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

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

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

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

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

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w Planie rzeczowo – finansowym, którego wzór określony jest w załączniku nr 1 do umowy.

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

4. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń z zakresu KOC II/III przekroczy kwotę zobowiązania 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.

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

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

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

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

#### **Rozdział 4. Postanowienia końcowe**

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

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

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

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

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

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

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

#### **Uzasadnienie**

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285,



z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329).

Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 8/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, które zgodnie z § 16 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia utraci moc obowiązującą.

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem dotyczą:

- 1) Załącznika nr 1a do zarządzenia stanowiącego Katalog produktów do rozliczania koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOCII/III);
- 2) załącznika nr 1b do zarządzenia, stanowiącego Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC II/III,

którym nadano nowe brzmienie.

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

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

Zmiany w grupach noworodkowych N21KOC – N25KOC polegają na:

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

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

W niniejszym zarządzeniu zaktualizowano także odwołania do obowiązujących aktów prawnych oraz wprowadzono zmiany o charakterze porządkowym.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 października 2022 r.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian wynikających z obwieszczenia Prezesa AOTMiT może wynieść ok. 18 mln zł w skali pół roku, przy czym nie jest możliwe oszacowanie kosztów wynikających z wyodrębnienia nowych JGP (N21AKOC i N22AKOC)).

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – *Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.*

**Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia**

**Filip Nowak**