

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów

Na podstawie art. 32a ust. 18 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposób ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów;
- 2) minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów.

§ 2. Indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów jest ustalany raz w miesiącu jako iloraz:

- 1) liczby świadczeniobiorców, którym dany lekarz, o którym mowa w art. 55a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wydał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, w wyniku diagnostyki onkologicznej rozpoznano nowotwór złośliwy, z wyjątkiem nowotworów skóry z wyłączeniem czerniaka skóry;
- 2) liczby świadczeniobiorców, którym dany lekarz, o którym mowa w art. 55a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego 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 i 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, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619 i

środków publicznych, wydał kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, którym w okresie 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące miesiąc, dla którego wskaźnik jest ustalany, wykonano diagnostykę onkologiczną i postawiono rozpoznanie.

§ 3. Minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów wynosi 1/15.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów oraz minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 32a ust. 18 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.).

Zgodnie z tezą zawartą w raporcie Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) pod nazwą „Cancer Care: Assuring quality to improve survival”, samo monitorowanie wskaźników w diagnostyce onkologicznej, np. skuteczności, czy terminowości, pozytywnie wpływa na jej jakość.

Określenie sposobu ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów ma umożliwić monitorowanie skuteczności lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w określaniu zagrożenia nowotworowego u pacjentów.

Indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów zapewni również informację zwrotną lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej na temat jego skuteczności – pozwoli mu to na ciągle rozwijanie swoich umiejętności w dziedzinie podstawowej diagnostyki onkologicznej.

Długi okres (12 miesięcy), z którego zliczane są dane, wynika z potrzeby zgromadzenia odpowiedniej liczby informacji do wyciągania wniosków. Liczbę nowych przypadków nowotworów złośliwych szacuje się na 4,4 przypadku na 1.000 osób na rok. Statystycznie u ośmiu pacjentów spośród tych, którym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wydał w okresie 12 miesięcy kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego i którym wykonana została diagnostyka onkologiczna, zostanie potwierdzona choroba nowotworowa.

Z uwagi na powyższe pierwsze projektuje się, że ustalenie indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów dla danego lekarza nastąpi po postawieniu rozpoznania 30 pacjentom, którym ten lekarz wydał karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Ustalanie indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów na podstawie odpowiednio dużej grupy przypadków pozwala stwierdzić, że indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów będzie obiektywny i miarodajny. W Wielkiej Brytanii funkcjonuje podobny wskaźnik, służący ustaleniu skuteczności rozpoznawania nowotworów przez lekarzy, a jego średnia wartość oscyluje w okolicy 1/8.

Określenie minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów na poziomie 1/15 ograniczy możliwość wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjentom nie cierpiącym na schorzenia onkologiczne, jednocześnie nie blokując drastycznie możliwości wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

<p>Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania indywidualnego wskaźnika skuteczności rozpoznawania nowotworów oraz minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Dawid Stachurski – Departament Analiz i Strategii tel. (22) 63 49 290, e-mail: d.stachurski@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 22 maja 2014 r.</p> <p>Źródło: Art. 32a ust. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>Nr w wykazie prac brak</p>
---	--

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 32a ust. 12 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.) i służy określeniu sposobu ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów oraz wysokości minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Ustalanie indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów na podstawie odpowiednio dużej grupy przypadków pozwala stwierdzić, że indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów będzie obiektywny i miarodajny. Określenie minimalnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów ograniczy możliwość wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjentom nie cierpiącym na schorzenia onkologiczne, jednocześnie nie blokując drastycznie możliwości wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W Wielkiej Brytanii przy wprowadzaniu podobnych zmian w zakresie onkologii średnia wartość wskaźnika rozpoznawania nowotworów wynosiła około 1/8. Biorąc pod uwagę powyższe doświadczenia ustalono wartość minimalnego na poziomie niemal dwukrotnie niższym tj. 1/15. Sposób obliczania wskaźnika rozpoznawania nowotworów w Wielkiej Brytanii jest analogiczny do określonego w niniejszym projekcie.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	29 007 lekarzy	Narodowy Fundusz Zdrowia	Możliwość lub jej brak wydawania kart leczenia onkologicznego.
Oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia	16 oddziałów wojewódzkich NFZ		Ustalanie indywidualnego wskaźnika skuteczności rozpoznawania nowotworów dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone konsultacje poprzedzające opracowanie projektu.

Zakłada się 14-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach konsultacji publicznych.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- samorządów zawodów medycznych,
- stowarzyszeń zawodowych i organizacji pracodawców, tj.: Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Business Centre Club, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Pracodawców RP, Związku Rzemiosła Polskiego,
- organizacji pacjenckich.

Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródła finansowania

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

Projekt nie ma wpływu na sektor finansów publicznych – dotyczy sposobu obliczania wskaźnika. Wszystkie niezbędne do tego informacje będą pobrane z raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców do NFZ. Dodatkowe obowiązki oddziałów wojewódzkich NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Czas w latach od wejścia w życie zmian		Skutki							Łącznie (0-10)
		0	1	2	3	5	10		
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-	
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-	
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-	
	(dodaj/usuń)								
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe								
	(dodaj/usuń)								
Niemierzalne	(dodaj/usuń)								
	(dodaj/usuń)								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

Projekt nie ma wpływu na sektor finansów publicznych – dotyczy sposobu obliczania wskaźnika. Wszystkie niezbędne do tego informacje będą pobrane z raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców do NFZ.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz:

Dodatkowe obowiązki oddziałów wojewódzkich NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.

9. Wpływ na rynek pracy

Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne:

demografia
 mienie państwowe

informatyzacja
 zdrowie

Omówienie wpływu

Projekt określa sposób ustalania indywidualnego wskaźnika rozpoznawania nowotworów oraz minimalny wskaźnik rozpoznawania nowotworów.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Po wejściu przepisów w życie.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie dotyczy.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego

Na podstawie art. 32b ust. 5 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego stanowiący załącznik do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego 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 i 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, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619 i

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 32b ust. 5 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.).

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego w części tzw. informacyjnej zawiera dane identyfikacyjne pacjenta oraz świadczeniodawcy i lekarza, który kartę wystawił. Dane o pacjencie służą do jego identyfikacji w trakcie procesu diagnostyki i leczenia. Składają się na nie m.in.: imię i nazwisko, płeć, data urodzenia, numer PESEL pacjenta bądź numer PESEL matki, jeśli karta została wydana noworodkowi, który nie uzyskał jeszcze numeru PESEL, lub też informacja o rodzaju i numerze dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nie posiadających przypisanego numeru PESEL.

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera oznaczenie lekarza wydającego kartę (imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu) oraz świadczeniodawcy, w obrębie którego karta została wydana. Informacje te są niezbędne w celu umożliwienia prawidłowego rozliczania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej związanych z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz umożliwią Narodowemu Funduszowi Zdrowia obliczanie indywidualnego wskaźnika skuteczności rozpoznawania nowotworów.

Istotną informacją jest data sporządzenia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Pozwoli to na monitorowanie przebiegu diagnostyki i leczenia onkologicznego w czasie.

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera numer karty (unikalny numer identyfikacyjny). Numer ten, wraz z numerem PESEL pacjenta oraz oznaczeniem lekarza i świadczeniodawcy, ma służyć powiązaniu świadczeń z pacjentem, którym ich udzielono, umożliwiając tym samym monitorowanie jego procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz ułatwi prawidłowe rozliczanie przez świadczeniodawców udzielanych świadczeń. Ponadto powiązanie numeru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego z danym pacjentem ma na celu uniemożliwienie pobierania przez niego kilku kart na to samo schorzenie.

W karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego znajdują się informacje o objawach, z jakimi pacjent zgłosił się do lekarza, wykonanych badaniach diagnostycznych, na jakie został skierowany pacjent w celu zweryfikowania podejrzenia nowotworu, oraz informacje o

zaobserwowanych w ich wynikach nieprawidłowościach mogące stanowić istotne wskazówki na dalszym etapie postępowania diagnostycznego.

Karta zawiera również informacje o dalszym postępowaniu, tj. skierowaniu pacjenta:

- a) na dalszą diagnostykę,
- b) do szpitala na zabieg w przypadku podejrzenia nowotworu, który może zostać potwierdzony jedynie śródoperacyjną oceną histopatologiczną;
- c) do szpitala na zabieg planowy w przypadku rozpoznania schorzenia wymagającego interwencji chirurgicznej;
- d) do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku wykluczenia nowotworu i niestwierdzenia poważnych schorzeń wymagających dalszej opieki specjalistycznej.

Zawarta w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego data wizyty końcowej stanowić będzie podstawę do oceny terminowości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę.

Część właściwa dla specjalisty udzielającego pacjentowi świadczeń z zakresu diagnostyki pogłębionej zawiera informacje analogiczne do części opisującej diagnostykę wstępną. Ponadto lekarz specjalista jest zobowiązany wpisać w tej części karty rozpoznanie wg klasyfikacji TNM lub innej służącej do określania stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu. Informacje te mają stanowić podstawę dla zespołu terapeutycznego, na której w dużej mierze będzie się opierać jego postępowanie. Umieszczona w tej części karty data wizyty końcowej pozwoli na monitorowanie przebiegu diagnostyki i leczenia onkologicznego w czasie.

Ostatnia część karty, właściwa dla etapu leczenia, zawiera dwa typy informacji – ocenę dotychczas wykonanej diagnostyki, a także plan leczenia pacjenta.

W części podsumowującej konsylium dokonuje trzystopniowej oceny kompletności diagnostyki (pełna, częściowa, niekompletna) procesu diagnostycznego na obu etapach (wstępnym i pogłębionym). Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera także miejsce na informację o konieczności ewentualnego uzupełnienia diagnostyki. Ma to na celu weryfikację jakości świadczeń z zakresu badań diagnostycznych.

Część zawierająca plan leczenia zawiera informacje o wybranych metodach leczenia (zabieg chirurgiczny, chemioterapia, radioterapia), w tym również o kolejności ich zastosowania. Karta leczenia onkologicznego zawiera również pola na określenie zalecanej dawki i rodzaju

substancji w przypadku chemioterapii, a w przypadku radioterapii – zalecanej dawki promieniowania. W przypadku chemioterapii i radioterapii powinien być też określony tryb udzielania świadczeń.

Informacja o dacie zakończenia leczenia onkologicznego pozwoli na monitorowanie przebiegu diagnostyki i leczenia onkologicznego w czasie.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Załącznik
do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia (poz. ...)

WZÓR

KARTA DIAGNOSTKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO¹⁾			
NAZWISKO:		IMIĘ/IMIONA:	
PESEL:		DATA URODZENIA:	
PŁEĆ:	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA	<input type="checkbox"/> KOBIECIA	NUMER KARTY: (unikalny numer identyfikacyjny)
PESEL JEDNEGO Z RODZICÓW LUB OPIEKUNA PRAWNEGO ²⁾ :			
RODZAJ I NUMER DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ ³⁾ :			
DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO ⁴⁾ (w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta):			
NAZWISKO:		IMIĘ/IMIONA:	
ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA:			
Numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego:			
DATA SPORZĄDZENIA:		DATA WYDANIA:	
IMIĘ I NAZWISKO ALBO NAZWA (FIRMA) ŚWIADCZENIODAWCY ⁵⁾ :			
NAZWISKO, IMIĘ, NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU ORAZ PODPIS LEKARZA WYDAJĄCEGO KARTĘ:			
PODEJRZENIE:			

¹⁾ Karta wykonana jest z papieru w kolorze zielonym.

²⁾ W przypadku noworodka, który nie ma nadanego numeru PESEL.

³⁾ W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL.

⁴⁾ W przypadku osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody.

⁵⁾ W rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

OBJAWY:		WYKONANE BADANIA:	
<input type="checkbox"/> ból <input type="checkbox"/> krwawienie <input type="checkbox"/> obrzęk <input type="checkbox"/> guz <input type="checkbox"/> inne:		<input type="checkbox"/> badania krwi <input type="checkbox"/> badania moczu <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> inne:	
SKIEROWANIE NA KONSULTACJĘ SPECJALISTYCZNĄ:		<input type="checkbox"/> onkolog	<input type="checkbox"/> chirurg
<input type="checkbox"/> chirurg onkolog	<input type="checkbox"/> pulmonolog	<input type="checkbox"/> onkolog dziecięcy	<input type="checkbox"/> neurochirurg
<input type="checkbox"/> ginekolog onkolog	<input type="checkbox"/> urolog	<input type="checkbox"/> chirurg szczękowo-twarzowy	<input type="checkbox"/> hematolog
<input type="checkbox"/> inny, podać jaki:			
DIAGNOSTYKA WSTĘPNA			
Data wizyty początkowej:		Data wizyty końcowej:	
WYKONANE BADANIA			
<input type="checkbox"/> tomografia komputerowa <input type="checkbox"/> endoscopia <input type="checkbox"/> cytologia <input type="checkbox"/> biopsja		<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> markery <input type="checkbox"/> inne:	
ROZPOZNANIE:		KOD ICD-10:	
SKIEROWANIE DO:			
<input type="checkbox"/> diagnostyki pogłębionej		<input type="checkbox"/> szpitala	<input type="checkbox"/> inne, podać, jakie:
NAZWISKO, IMIĘ, NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU ORAZ PODPIS LEKARZA, KTÓRY ZLECIŁ DIAGNOSTYKĘ WSTĘPNĄ:			
DIAGNOSTYKA POGŁĘBIONA			
Data wizyty początkowej:		Data wizyty końcowej:	
WYKONANE BADANIA			
<input type="checkbox"/> tomografia komputerowa <input type="checkbox"/> rezonans magnetyczny <input type="checkbox"/> endoscopia <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> biopsja		<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> markery <input type="checkbox"/> inne:	
ROZPOZNANIE:			
(według Tumor Nodus Metastases ⁶⁾ lub innej klasyfikacji służącej do określania stopnia zaawansowania klinicznego nowotworu)			

⁶⁾ Klasyfikacja została ogłoszona w International Union Against Cancer (UICC), American Joint Committee on Cancer (AJCC), World Health Organization (WHO), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) oraz La Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique (SIOP).

NAZWISKO, IMIĘ, NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU ORAZ PODPIS LEKARZA, KTÓRY ZLECIŁ DIAGNOSTYKĘ POGŁĘBIONĄ:						
OCENA KOMPLETNOŚCI DIAGNOSTYKI:				OCENA JAKOŚCI DIAGNOSTYKI		
	PEŁNA	CZĘŚCIOWA	NEKOMPLETNA	DOBRA	DOSTATECZNA	ZŁA
WSTĘPNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POGŁĘBIONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UZUPEŁNIENIE DIAGNOSTYKI				<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
PLAN LECZENIA						
			KOLEJNOŚĆ			
<input type="checkbox"/> CHIRURGIA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> JEDNOETAPOWO	<input type="checkbox"/> SEKWENCYJNIE	
<input type="checkbox"/> CHEMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> JEDNOETAPOWO	<input type="checkbox"/> SEKWENCYJNIE	
<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> JEDNOETAPOWO	<input type="checkbox"/> SEKWENCYJNIE	
DATA ZAKOŃCZENIA LECZENIA ONKOLOGICZNEGO:						

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Dawid Stachurski – Departament Analiz i Strategii tel. (22) 63 49 290, e-mail: d.stachurski@mz.gov.pl	Data sporządzenia 22 maja 2014 r. Źródło: Art. 32b ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia brak
--	--

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 32b ust. 5 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.) i służy określeniu wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, stanowi załącznik do rozporządzenia.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	29 007 lekarzy	Narodowy Fundusz Zdrowia	Wydawanie kart diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnych z określonym wzorem.
Oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia	16 oddziałów wojewódzkich NFZ		Nadawania unikalnych numerów kartom diagnostyki i leczenia onkologicznego.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone konsultacje poprzedzające opracowanie projektu.

Zakłada się 14-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach konsultacji publicznych.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- samorządów zawodów medycznych,
- stowarzyszeń zawodowych i organizacji pracodawców, tj.: Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Business Centre Club, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Pracodawców RP, Związku Rzemiosła Polskiego,
- organizacji pacjenckich.

Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródła finansowania

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki							
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)	
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-	
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-	
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-	
	(dodaj/usuń)								
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe								
	(dodaj/usuń)								
Niemierzalne	(dodaj/usuń)								
	(dodaj/usuń)								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

tak
 nie
 nie dotyczy

zmniejszenie liczby dokumentów
 zmniejszenie liczby procedur
 skrócenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

zwiększenie liczby dokumentów
 zwiększenie liczby procedur
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
Komentarz: Dodatkowe obowiązki oddziałów wojewódzkich NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Wprowadzenie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zapewni wydawanie przez lekarzy w całym kraju kart zgodnych z określonym wzorem.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Po wejściu przepisów w życie.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie dotyczy.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak		

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych

Na podstawie art. 95a ust. 11 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Mapa potrzeb zdrowotnych składa się z części:

- 1) analizy demograficznej;
- 2) analizy alokacji i wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych;
- 3) prognoz potrzeb zdrowotnych.

§ 2. 1. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i obejmuje:

- 1) liczbę ludności województwa z podziałem na poszczególne powiaty;
- 2) strukturę ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w województwie i poszczególnych powiatach;
- 4) gęstość zaludnienia w województwie i poszczególnych powiatach;
- 5) analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w województwie i poszczególnych powiatach, w oparciu o liczbę zgonów w ujęciu bezwzględnym oraz na 100 tys. mieszkańców;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego 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 i 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, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619 i

- 6) standaryzowany współczynnik umieralności (SMR) – rozumiany jako współczynnik standaryzowany metodą bezpośrednią względem wieku, określający liczbę zgonów w danej populacji, z wyodrębnieniem istotnych dla tej populacji przyczyn zgonów, gdyby struktura wiekowa obserwowanej populacji była zgodna ze strukturą populacji przyjętej jako standard, dla województwa i poszczególnych powiatów

2. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca analizy alokacji i wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i obejmuje:

- 1) liczbę świadczeniodawców z podziałem na:
 - a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych, jeżeli dotyczy;
- 2) liczbę łóżek szpitalnych, jeżeli dotyczy;
- 3) liczbę łóżek szpitalnych w przeliczeniu 100 tys. ludności, jeżeli dotyczy;
- 4) wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych – wskaźnik obłożenia, jeżeli dotyczy;
- 5) ocena efektywności wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych;
- 6) analizę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznai Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10;
- 7) analizę średniego czasu pobytu u świadczeniodawcy i czasu oczekiwania na świadczenie, jeżeli dotyczy;
- 8) analizę przewidywanego średniego czasu oczekiwania przez pacjenta na udzielenie świadczenia przez świadczeniodawców;
- 9) analizę migracji pacjentów pomiędzy powiatami w ramach województwa.

3. Część regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych dotycząca prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera:

- 1) prognozowaną liczbę ludności województwa z podziałem na poszczególne powiaty;
- 2) prognozowaną strukturę ludności poszczególnych powiatów w odniesieniu do struktury ludności województwa i kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w województwie i poszczególnych powiatach;
- 4) prognozowaną liczbę zgonów w województwie i poszczególnych powiatach – wartości

bezwzględne oraz na 100 tys. mieszkańców;

- 5) prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji;
- 6) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;
- 7) analizę wrażliwości przyjętych założeń;
- 8) prognozowane zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym ocenę prognozowanego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.

4. Prognozy, o których mowa w ust. 3 pkt 1-6 oraz 8, są sporządzane na okres, na który jest sporządzana mapa oraz na 10 i 15 lat.

§ 3. 1. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca analizy demograficznej zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i obejmuje:

- 1) liczbę ludności kraju z podziałem na poszczególne województwa;
- 2) strukturę ludności poszczególnych województw w odniesieniu do struktury ludności kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w kraju i poszczególnych województwach;
- 4) gęstość zaludnienia w kraju i poszczególnych województwach;
- 5) analizę zgonów według przyczyn istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w Polsce i poszczególnych województwach, w oparciu o liczbę zgonów w ujęciu bezwzględnym oraz na 100 tys. mieszkańców;
- 6) standaryzowany współczynnik umieralności (SMR) – rozumiany jako współczynnik standaryzowany metodą bezpośrednią względem wieku, określający liczbę zgonów w danej populacji, z wyodrębnieniem istotnych dla tej populacji przyczyn zgonów, gdyby struktura wiekowa obserwowanej populacji była zgodna ze strukturą populacji przyjętej jako standard, dla kraju i poszczególnych województw.

2. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca analizy alokacji i wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych zawiera dane na rok poprzedzający o dwa lata okres, na który mapa jest sporządzana, i zawiera:

- 1) liczbę świadczeniodawców z podziałem na:
 - a) zakresy udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) ilość i rodzaj oddziałów szpitalnych, jeżeli dotyczy;
- 2) liczbę łóżek szpitalnych, jeżeli dotyczy;
- 3) wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych – wskaźnik obłożenia,

jeżeli dotyczy;

- 4) ocena efektywności wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej oraz łóżek szpitalnych;
- 5) analizę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej według rozpoznań Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10;
- 6) analiza średniego czasu pobytu u świadczeniodawcy i czasu oczekiwania na świadczenie, jeżeli dotyczy;
- 7) analiza migracji pacjentów pomiędzy województwami.

4. Część Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych dotycząca prognoz potrzeb zdrowotnych zawiera:

- 1) prognozowaną liczbę ludności kraju z podziałem na poszczególne województwa;
- 2) prognozowaną strukturę ludności poszczególnych województw w odniesieniu do struktury ludności kraju ze względu na płeć i wiek;
- 3) prognozowaną liczbę urodzeń oraz współczynniki płodności w kraju i poszczególnych województwach;
- 4) prognozowaną liczbę zgonów w kraju i poszczególnych województwach – wartości bezwzględne oraz na 100 tys. mieszkańców;
- 5) prognozowaną liczbę osobodni hospitalizacji;
- 6) prognozowaną liczbę potrzebnych łóżek szpitalnych;
- 7) analizę wrażliwości przyjętych założeń;
- 8) ocenę prognozowanego zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.

4. Prognozy, o których mowa w ust. 3 pkt 1-6 oraz 8, są sporządzane na okres, na który jest sporządzana mapa oraz na 10 i 15 lat.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu map potrzeb zdrowotnych stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 95a ust. 12 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.).

W Rzeczypospolitej Polskiej obserwuje się istotne, wynikające ze zróżnicowanego stanu zdrowia obywateli, różnice w potrzebach zdrowotnych występujące w poszczególnych regionach, identyfikowane w szczególności na poziomie województw i powiatów. Mając powyższe na względzie istnieje konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w zdrowiu, m.in. poprzez wypracowanie narzędzi lepszego identyfikowania potrzeb zdrowotnych, prowadzenie okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań, wzmocnienie udziału województw w organizacji i zarządzaniu systemem ochrony zdrowia oraz opiniowanie celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną. Zapewnienie zgodnego z potrzebami wynikającymi z aktualnych trendów demograficznych i epidemiologicznych wsparcia sektora zdrowia oraz koordynacji tego wsparcia na poziomie centralnym i regionalnym obejmują również oczekiwania i wskazania Komisji Europejskiej, m.in. w odniesieniu do spełnienia tzw. warunków ex-ante w zakresie możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014-2020.

Wymienione aspekty określają potrzebę tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych i Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Wypracowanie identycznego zakresu map potrzeb zdrowotnych pozwoli na zachowanie ich jednolitej struktury. Zapewni spójność i porównywalność map, zarówno pomiędzy województwami jak i różnymi okresami, w których będą tworzone.

Regionalna mapa potrzeb zdrowotnych składa się z części opisujących sytuację demograficzną, stan infrastruktury medycznej oraz jej wykorzystanie, jak również prognozę potrzeb zdrowotnych. Za jej opracowanie odpowiedzialni będą wojewodowie a jej treść będzie obejmowała analizę dla poszczególnych powiatów oraz porównywania między nimi na tle całego województwa. Wnioski z map regionalnych uzupełnione o analizę świadczeń udzielanych w poszczególnych województwach oraz porównania pomiędzy nimi w odniesieniu do wskaźnika ogólnopolskiego będą składały się na Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych.

Część demograficzna map będzie zawierać analizę takich aspektów jak liczba ludności,

struktura ludności ze względu na płeć i wiek, liczba urodzeń, współczynniki płodności oraz zagęszczenie ludności. Analiza wskaźników dotyczących wymienionych kwestii pozwoli na dokonanie dokładnego opisu populacji wystawionej na ryzyko, której potrzeby zdrowotne będą analizowane poprzez określenie jej wielkości, struktury, rozmieszczenia oraz zdefiniowanie pozostałych charakterystycznych cech. Opis ten będzie również stanowić źródło informacji o dominujących grupach potencjalnych pacjentów na analizowanym obszarze. Zasadność dokładnego opisu analizowanej populacji potwierdzają publikacje międzynarodowych instytucji (Cavanagh S., Chadwick K. (2005), *Health needs assessment: A practical guide*, National Institute for Clinical Excellence (NICE)). Ponadto, wyniki tej części opracowania będą stanowić podstawę do dokonywanych prognoz.

Istotnym elementem jest analiza porównawcza i przestrzenna zgonów ze względu na określone przyczyny. Celem tego typu analiz *„jest lepsze poznanie ich rozpowszechnienia na różnych terenach”*(...) a same analizy *„stanowią punkt wyjścia do wyjaśnienia przyczyn tych zjawisk, a następnie podjęcia działań, aby je zminimalizować poprzez poprawienie sytuacji na tych obszarach, gdzie jest ona najbardziej niekorzystna”* (Wojtyniak B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J. (2012), *Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny). Analizie poddane będą zarówno wartości bezwzględne jak i wskaźniki w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Wartości bezwzględne pozwolą na wskazanie najbardziej problematycznych obszarów, natomiast przeliczenie ich wartości na 100 tys. mieszkańców umożliwi porównywalność pomiędzy poszczególnymi jednostkami terytorialnymi. Dzięki temu możliwe będzie wskazanie obszarów różniących się istotnie od przeciętnej wartości.

Analizie przestrzennej poddane zostaną również wartości standaryzowanego współczynnika umieralności (SMR) ze względu na przyczyn zgonów istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Konstrukcja tego współczynnika zapewnia relatywizację struktury populacji, usuwając wpływ zróżnicowanej struktury wieku i płci, a co za tym idzie prowadzi do zapewnienia porównywalności. Wyniki tej części analizy dostarczą informacji o obszarach newralgicznych, wyróżniających się ze względu na strukturę zgonów. *„Mapy obrazujące zróżnicowanie poziomu umieralności ludności Rzeczypospolitej Polski w zależności od powiatu zamieszkania stanowią szybkie, przejrzyste i syntetyczne podsumowanie złożonej informacji przestrzennej, więc są pomocne w określeniu subtelnych prawidłowości, które byłyby niemożliwe do uchwycenia w*

przypadku prezentacji tabelarycznej. Mogą one być wykorzystane do monitorowania i opisu sytuacji w zakresie jednego z najważniejszych parametrów zdrowia populacji i identyfikowania obszarów o szczególnie wysokim zagrożeniu życia mieszkańców” (Wojtyniak B., Rabczenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J. (2012), *Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny).

Część dotycząca infrastruktury medycznej będzie zawierać informacje o liczbie świadczeniodawców z podziałem na zakres udzielanych przez nich świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mapy będą zawierać informacje o strukturze jednostki, częstości korzystania z poradni specjalistycznych z uwzględnieniem rozpoznań oraz czasu oczekiwania na wizytę. Ich analiza pozwoli na statyczny opis potencjału infrastruktury medycznej w jednostkach stacjonarnej opieki zdrowotnej oraz potrzeb zdrowotnych, które mogą być w nich zrealizowane. W przypadków podmiotów, w których są realizowane hospitalizacje zostanie poddana analizie liczba i rodzaje oddziałów szpitalnych (OECD (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing) oraz liczba znajdujących się na nich łóżek w ujęciu bezwzględny oraz w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Dwa ostatnie wskaźniki są miarą dostępnej infrastruktury medycznej służącej realizowaniu świadczeń względem pacjentów szpitalnych. Przedstawienie ich wartości w odniesieniu do 100 tys. mieszkańców umożliwi porównywalność poszczególnych jednostek terytorialnych i odniesienie ich wartości do poziomu wojewódzkiego/krajowego. Wymienione aspekty stanowią podstawę statystycznego opisu, którego celem jest dostarczenie informacji o alokacji przestrzennej świadczeniodawców i zakresie zaspakajanych w nich potrzeb zdrowotnych analizowanej populacji. Jest też źródłem informacji o przestrzennym zróżnicowaniu infrastruktury medycznej oraz o wynikających z tego zróżnicowania potencjalnych problemach w dostępie do usług medycznych.

Opis dostępnych zasobów nie będzie jedyną formą prezentacji dostępnych zasobów medycznych w ramach danego świadczeniodawcy. Konieczna jest również analiza ich wykorzystania, która pozwoli na wskazanie poziomu ich eksploatacji i ocenę jej efektywności. Będzie ona dokonana poprzez ocenę wskaźnika rocznego obłożenia (tj. ilorazu liczby osobodni hospitalizowanych na danym oddziale w roku i średniej liczba dostępnych łóżek w roku na danym oddziale) w odniesieniu do dostępnej liczby łóżek szpitalnych (Pożądany poziom obłożenia dla danej liczby łóżek jest definiowany między innymi na podstawie: Jones R (2011), *Hospital bed occupancy demystified*, *British Journal of Healthcare Management* 17(6): 242-248. Dodatkowo

przeprowadzona będzie analiza obłożeń dziennych (ilorazu liczby osobodni hospitalizowanych na danym oddziale danego dnia i średniej liczby dostępnych łóżek w dniu na danym oddziale), która umożliwi wskazanie trendów i sezonowości na przestrzeni analizowanego okresu. Celem oceny efektywności posiadanych zasobów jest wskazanie jednostek, które efektywnie wykorzystują posiadane zasoby i są w stanie w pełni zaspokoić potrzeby zgłaszane przez świadczeniobiorców zachowując odpowiednie bezpieczeństwo i jakość udzielanych świadczeń. Ich analiza pozwoli na optymalizację alokacji zasobów, a przez to podniesienie jakości świadczonych usług medycznych. Jest to istotne z punktu widzenia pacjenta, ponieważ przekłada się na możliwość zaspokojenia zgłaszanych przez niego potrzeb zdrowotnych na odpowiednio wysokim poziomie przy jednoczesnym zagwarantowaniu dostępności do danego świadczenia.

Kolejną częścią mapy będzie analiza udzielonych świadczeń wg. Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Pozwoli ona na określenie przeciętnego profilu analizowanej jednostki i identyfikację podmiotów o strukturze odbiegającej od przeciętnego poziomu w województwie/kraju. Umożliwi to wskazanie świadczeniodawców zaspokajających dany typ potrzeb zdrowotnych uwzględniając realne potrzeby populacji. Część ta stanowić będzie niezbędne uzupełnienie analizy dotyczącej analizy struktury infrastrukturalnej świadczeniodawców.

Dodatkowo w przypadku podmiotów realizujących hospitalizacje mapa będzie zawierać analizę przeciętnego czasu pobytu w ramach danego rozpoznania i świadczeniodawcy. Przeciętny czas pobytu w szpitalu jest często wykorzystywany jako miernik efektywności. Zakładając wszystkie inne czynniki na ustalonym poziomie, niższy czas zmniejsza koszty udzielanych świadczeń. Należy pamiętać, że krótszy czas pobytu niesie za sobą większe nasilenie udzielanych świadczeń na jednostkę czasu, a co za tym idzie zwiększa wskaźnik kosztowności w przeliczeniu na jeden dzień hospitalizacji. Natomiast zbyt krótki czas pobytu może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie pacjentów, zmniejszyć komfort i efektywność leczenia. Jeżeli doprowadzi to do zwiększonej liczby powtórnych przyjęć, realne koszty leczenia mogą zmniejszyć się nieznacznie a nawet wzrosnąć (OECD (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing). Analiza średniego czasu hospitalizacji w ramach danego rozpoznania i świadczeniodawcy będzie stanowić jedną ze składowych prognoz potrzebnych zasobów i analizy wrażliwości przyjętych założeń w zależności od realizacji poszczególnych scenariuszy, która pozwoli na dynamiczną analizę czasu hospitalizacji przy zmianie jednego z określających dany scenariusz parametrów.

Analiza wrażliwości polega m.in. na weryfikacji, w jaki sposób zmiana poszczególnych założeń wpływa na prognozę. Np.: dziś rodzi się X% (np. 20%) noworodków wymagających wzmożonej opieki, w związku z czym na podstawie modelu prognozuje się, że czas hospitalizacji wyniesie Y dni, przy założeniu, że parametr X nie ulegnie zmianie. Analiza wrażliwości polega na zmianie wartości parametru X, i sprawdzeniu jak to wpłynie na prognozę – wszystkie inne składowe modelu pozostają bez zmian. Zatem sprawdzeniu podlega wpływ zmiany udziału noworodków wymagających wzmożonej opieki na wartości prognozy, w zależności od potencjalnych zmian wartości parametru X.

Innym elementem map jest analiza migracji pacjentów pomiędzy poszczególnymi jednostkami terytorialnymi. Pozwala ona na zdefiniowanie potrzeb za którymi migrują pacjenci, określenie w jakich regionach są zaspakajane poszczególne potrzeby oraz jakie ośrodki specjalizują się w realizacji danych świadczeń.

Kolejnym elementem map są prognozy, które obejmują prognozy dotyczące epidemiologii oraz wynikającego z płynących potrzeb zapotrzebowania na infrastrukturę medyczną. Dokonywane prognozy będą dotyczyć wskaźników i współczynników opisanych w części demograficznej map. Wyniki tych prognoz wraz dostępnymi prognozami demograficznymi zostaną wykorzystane do określania spodziewanej wielkości populacji narażonej na ryzyko choroby. W efekcie omówiona część mapy będzie zawierać prognozy dotyczące między innymi liczby osobodni hospitalizacji, liczby osób hospitalizowanych oraz prognozowanej liczby potrzebnych łóżek. Dokonane prognozy zostaną poddane analizie wrażliwości, biorącej pod uwagę zmianę wartości kluczowych warunków brzegów. Efekty prognoz dostarczą informacji pozwalających na odpowiednie zdefiniowanie przyszłego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, poprzez poznanie przyszłych tendencji i wskazanie elementów, które mogą w przyszłości stać się szczególnie problematyczne i wymagać wzmożonej uwagi.

Należy podkreślić, że tego typu prognozy dostarczą podstaw do oceny racjonalności realizowanych przedsięwzięć, wskazania problematycznych obszarów i dziedzin wymagających priorytetowej interwencji ze strony władz państwowych i samorządowych. Będą stanowiły też podstawę do formułowania celów zdrowotnych wynikających z oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych obywateli.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów

rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

<p>Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu map potrzeb zdrowotnych</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Dawid Stachurski – Departament Analiz i Strategii tel. (22) 63 49 290, e-mail: d.stachurski@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 14 maja 2014 r.</p> <p>Źródło: Art. 95a ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>Nr w wykazie prac brak</p>
--	--

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

W związku z wprowadzeniem nowego instrumentu kreowania regionalnej polityki zdrowotnej – regionalnych map potrzeb zdrowotnych, nie istnieją jeszcze wytyczne dotyczące treści oraz sposobu ich opracowywania. Taki stan rzeczy niesie za sobą niebezpieczeństwo, że opracowane przez poszczególne województwa dokumenty nie będą porównywalne między sobą. Opisany scenariusz może uniemożliwić stworzenie Mapy Ogólnopolskiej oraz oceny skutków wprowadzonych rozwiązań.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Opracowanie jednolitych wytycznych określających zawartość map oraz sposobu ich opracowywania, które pozwolą na ujednoczenie efektów pracy i zapewnienie porównywalności pomiędzy mapami poszczególnych województw.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Odpowiednikiem wprowadzanej w Polsce Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych w Austrii jest Austriacki Strukturalny Plan Zdrowia (Österreichischer Strukturplan Gesundheit). Tworzony jest on w oparciu o Regionalne Strukturalne Plany Zdrowia. W rozdziale pierwszym dokumentu na rok 2012, w którym zostały opisane główne założenia Planu, wskazuje się na konieczność ujednoczania dokumentów sporządzanych przez poszczególne kraje związkowe.

Z kolei tworzone we Francji Regionalne Plany Zdrowia Publicznego różnią się znacznie od siebie, co utrudnia porównywalność (np. LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ dla regionów Île-de-France, Alzacji, Martyniki itd.). W związku z powyższym, czerpiąc z doświadczeń tych krajów proponowane jest stworzenie wytycznych mających na celu ujednoczenie polskich Map Potrzeb Zdrowotnych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Wojewodowie	16 województw		Ułatwienie opracowania regionalnych map potrzeb zdrowotnych dzięki określeniu zakresu tworzonych map.
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny	1 instytut		Ułatwienie opracowania Mapy Ogólnopolskiej, dzięki zapewnieniu jednolitej struktury jej części składowych (map regionalnych tworzonej przez wojewodów).

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone konsultacje poprzedzające opracowanie projektu.

Zakłada się 14-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach konsultacji publicznych.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH,
- stowarzyszeń zawodowych i organizacji pracodawców, tj.: Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Business Centre Club, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Pracodawców RP, Związku Rzemiosła Polskiego,
- konsultantów w ochronie zdrowia,
- samorządów zawodów medycznych,
- organizacji pacjenckich.

Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródła finansowania	Nie dotyczy: projekt rozporządzenia dotyczy jedynie zakresu Map Potrzeb Zdrowotnych oraz wytycznych do ich opracowania.
---------------------	---

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy: projekt rozporządzenia dotyczy jedynie zakresu Map Potrzeb Zdrowotnych oraz wytycznych do ich opracowania.
--	---

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu	duże przedsiębiorstwa							

niepieniężnym	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	
	(dodaj/usuń)	
Niemierzalne	(dodaj/usuń)	
	(dodaj/usuń)	

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

Nie dotyczy: projekt rozporządzenia dotyczy jedynie zakresu Map Potrzeb Zdrowotnych oraz wytycznych do ich opracowania.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

tak
 nie
 nie dotyczy

zmniejszenie liczby dokumentów
 zmniejszenie liczby procedur
 skrócenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

zwiększenie liczby dokumentów
 zwiększenie liczby procedur
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

tak
 nie
 nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne:

demografia
 mienie państwowe

informatyzacja
 zdrowie

Omówienie wpływu

Wprowadzenie proponowanych rozwiązań umożliwi koordynację prac wojewodów w zakresie tworzenia Regionalnych Map Potrzeb Zdrowotnych.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Po wejściu przepisów w życie.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Efekty wprowadzonych rozwiązań będzie można zaobserwować po upływie 6 lat. Pierwsze edycje Map Potrzeb Zdrowotnych są opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia, co daje gwarancję jednorodności tworzonych dokumentów.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia

Na podstawie art. 96 ust. 8 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Narodowemu Funduszowi Zdrowia nadaje się statut, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego 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 i 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, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619 i

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia (poz. ...)

STATUT NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Narodowy Fundusz Zdrowia działa na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, oraz niniejszego statutu.

§ 2. Zakres działania organów Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, określają przepisy ustawy oraz niniejszego statutu.

§ 3. 1. Prezes Funduszu kieruje Funduszem przy pomocy trzech zastępców, w tym zastępcy Prezesa do spraw służb mundurowych.

2. Prezes Funduszu może podejmować, w imieniu Funduszu, rozstrzygnięcia w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji do wysokości 8 000 000 zł.

§ 4. 1. Do zakresu obowiązków zastępców Prezesa należy zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań określonych dla podległych im komórek organizacyjnych, w szczególności:

- 1) proponowanie wewnętrznej struktury organizacyjnej nadzorowanych komórek organizacyjnych centrali;
- 2) planowanie i organizowanie realizacji zadań podległych komórek organizacyjnych;
- 3) koordynacja działalności podległych komórek organizacyjnych;
- 4) rozstrzyganie o sposobie załatwiania spraw przez podległe komórki organizacyjne;
- 5) reprezentowanie na zewnątrz Funduszu:
 - a) w sprawach należących do zakresu działania podległych komórek organizacyjnych,
 - b) w zakresie zastrzeżonym dla Prezesa Funduszu, za zgodą albo na polecenie Prezesa Funduszu;
- 6) podpisywanie, w granicach swych uprawnień, korespondencji wynikającej z zakresu działania podległych komórek organizacyjnych;
- 7) parafowanie projektów pism zastrzeżonych do podpisu Prezesa Funduszu, przygotowanych przez podległe im komórki organizacyjne;

- 8) występowanie do Prezesa Funduszu z wnioskami w sprawach personalnych pracowników podległych komórek organizacyjnych;
 - 9) przygotowywanie sprawozdań i informacji dotyczących prac podległych komórek organizacyjnych w zakresie i terminach określonych przez Prezesa Funduszu;
 - 10) wykonywanie innych poleceń Prezesa Funduszu.
2. Zastępcy Prezesa Funduszu podejmują rozstrzygnięcia w zakresie powierzonych im spraw.

Rozdział 2

Struktura organizacyjna Funduszu

§ 5. 1. W skład centrali Funduszu wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Gabinet Prezesa Funduszu;
- 2) Biuro Rady Funduszu;
- 3) Biuro Komunikacji Społecznej;
- 4) Biuro Kadr i Szkoleń;
- 5) Departament Informatyki;
- 6) Biuro Prawne;
- 7) Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- 8) Departament Gospodarki Lekami;
- 9) Departament Spraw Świadczeniobiorców;
- 10) Departament do Spraw Służb Mundurowych;
- 11) Departament Ekonomiczno-Finansowy;
- 12) Biuro Księgowości;
- 13) Departament Współpracy Międzynarodowej;
- 14) Biuro Administracyjno-Gospodarcze;
- 15) Zespół Audytorów Wewnętrznych;
- 16) Pełnomocnik do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych;
- 17) Specjalista do Spraw BHP;
- 18) Zespół Kontroli Wewnętrznej.

2. Szczegółowy zakres zadań komórek organizacyjnych centrali Funduszu, w szczególności podział nadzoru nad tymi komórkami pomiędzy Prezesa Funduszu i jego zastępców, określa regulamin organizacyjny nadany przez Prezesa Funduszu.

§ 6. Tworzy się następujące oddziały wojewódzkie Funduszu:

- 1) Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą we Wrocławiu;
- 2) Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Bydgoszczy;
- 3) Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Lublinie;
- 4) Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze;
- 5) Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Łodzi;
- 6) Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie;
- 7) Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie;
- 8) Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Opolu;
- 9) Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Rzeszowie;
- 10) Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Białymstoku;
- 11) Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Gdańsku;
- 12) Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Katowicach;
- 13) Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Kielcach;
- 14) Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Olsztynie;
- 15) Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Poznaniu;
- 16) Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Szczecinie.

§ 7. 1. Oddziałem wojewódzkim Funduszu kieruje dyrektor oddziału wojewódzkiego przy pomocy nie więcej niż trzech zastępców.

2. Zakres działania dyrektora oddziału wojewódzkiego określają przepisy ustawy oraz niniejszego statutu.

3. W skład oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Rzecznik Prasowy;
- 2) Wydział Kadr i Szkoleń;
- 3) Wydział Informatyki;
- 4) Zespół Radców Prawnych;
- 5) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- 6) Wydział Gospodarki Lekami;

- 7) Wydział Spraw Świadczeniobiorców;
- 8) Wydział do Spraw Służb Mundurowych;
- 9) Wydział Ekonomiczno-Finansowy;
- 10) Wydział Księgowości;
- 11) Wydział Organizacyjny;
- 12) Wydział Współpracy Międzynarodowej;
- 13) Wydział Administracyjno-Gospodarczy;
- 14) Pełnomocnik do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych;
- 15) Specjalista do Spraw BHP;
- 16) Zespół Kontroli Wewnętrznej.

4. W przypadkach uzasadnionych liczbą świadczeniobiorców zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu i zakresem wykonywanych przez niego zadań dyrektor oddziału wojewódzkiego może połączyć komórki organizacyjne wymienione w ust. 3, po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Funduszu.

5. W oddziałach wojewódzkich mogą być tworzone placówki terenowe, zwane dalej „delegaturami oddziału”, w celu poprawy dostępności Funduszu dla świadczeniobiorców, ułatwienia współpracy ze świadczeniodawcami oraz ułatwienia monitorowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Delegatury oddziałów tworzy i znosi Prezes Funduszu na umotywowany wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego.

7. Delegaturą oddziału kieruje kierownik powoływany i odwoływany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 8. 1. W ramach struktury organizacyjnej centrali, o której mowa w § 5 ust. 1, mogą być tworzone wydziały, działy, sekcje i samodzielne stanowiska.

2. W ramach struktury organizacyjnej oddziałów wojewódzkich, o której mowa w § 7 ust. 3, oraz w strukturach delegatur oddziałów mogą być tworzone działy, sekcje i samodzielne stanowiska.

3. Komórki organizacyjne, o których mowa w ust. 1 i 2, mogą być tworzone odpowiednio przez Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 9. Szczegółową organizację komórek organizacyjnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym delegatur oddziałów, oraz zakres ich zadań określają regulaminy organizacyjne tych

oddziałów nadane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Funduszu.

Rozdział 3

Przepisy przejściowe

§ 10. Regulaminy centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu wydane na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują moc w zakresie, w jakim ustawa i niniejszy statut nie stanowią inaczej, do czasu wydania regulaminów organizacyjnych centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu, o których mowa w niniejszym statucie, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

§ 11. Komórki organizacyjne Funduszu określone w niniejszym statucie, w zakresie, w jakim ustawa i niniejszy statut nie stanowią inaczej, wykonują zadania odpowiednich komórek organizacyjnych Funduszu określonych w przepisach dotychczasowych do czasu wydania regulaminów, o których mowa w § 10, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

§ 12. Do czasu ustalenia wewnętrznej struktury organizacyjnej komórek organizacyjnych centrali bezpośrednio podległych poszczególnym zastępcom Prezesa, w zakresie, w jakim ustawa i niniejszy statut nie stanowią inaczej, zachowują moc regulaminy wewnętrzne odpowiednich komórek, ustalone na podstawie przepisów dotychczasowych, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

§ 13. Regulaminy organów Funduszu wydane na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują moc w zakresie, w jakim ustawa i niniejszy statut nie stanowią inaczej, do czasu wydania regulaminów organów Funduszu, o których mowa w ustawie, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

§ 14. Prezes Funduszu zwołuje pierwsze posiedzenie Rady Funduszu powołanej w trybie ustawy.

Uzasadnienie

W związku z nowelizacją 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.) jednym z założeń było wzmocnienie nadzoru Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia, w związku z tym, minister właściwy do spraw zdrowia, mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia, został umocowany do nadania w drodze rozporządzenia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia statutu, określając w nim w szczególności strukturę organizacyjną tego podmiotu, w tym centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz siedziby tych oddziałów. Upřednio podmiotem właściwym do określenia statutu Narodowego Funduszu Zdrowia był Prezes Rady Ministrów.

W związku z powyższym, niniejsze rozporządzenie wypełnia delegację ustawową, wskazującą, iż Minister Zdrowia nadaje statut Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Mając na uwadze konieczność zapewnienia sprawnego funkcjonowania tego podmiotu, wprowadzone zostały przepisy przejściowe które określają iż dotychczasowe regulacje wewnętrzne Narodowego Funduszu Zdrowia zachowują moc nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2014 r.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

<p>Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Roksana Żelezik – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego tel. (22) 53 00 145, e-mail: r.zelezik@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 22 maja 2014 r.</p> <p>Źródło: Art. 98 ust. 6 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.)</p> <p>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia brak</p>
--	--

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Uregulowanie statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w tym struktury organizacyjnej centrali.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wejście w życie rozwiązań przewidzianych ma na celu realizację delegacji ustawowej zmienionej w wyniku nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy			
Narodowy Fundusz Zdrowia	16 województw oraz 16 oddziałów wojewódzkich NFZ		

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone konsultacje poprzedzające opracowanie projektu.
Zakłada się 14-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach konsultacji publicznych.
W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- a) samorządów zawodów medycznych;
- b) stowarzyszeń zawodowych i organizacji pracodawców, tj.: Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Business Centre Club, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Pracodawców RP, Związku Rzemiosła Polskiego.

Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródła finansowania

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

www.inforlex.pl

Komentarz:

Swoje obowiązki NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.

9. Wpływ na rynek pracy

Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

- środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne:

- demografia
 mienie państwowe

- informatyzacja
 zdrowie

Omówienie wpływu

Projektowane rozporządzenie wprowadza statut Narodowego Funduszu Zdrowia. Dotychczas statut był wprowadzany na mocy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów. W wyniku nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nastąpiła zmiana podmiotu umocowanego do określenia statutu tego podmiotu.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Po wejściu przepisów w życie.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie dotyczy.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Postanowienia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych na podstawie dotychczasowych przepisów, obowiązują do czasu zmiany tych umów, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2015 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ 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 i 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, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, i 619 i

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. N 81, poz. 484).

OGÓLNE WARUNKI UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Ilekroć w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanych dalej "ogólnymi warunkami", jest mowa o:

- 1) cenie jednostkowej - rozumie się przez to kwotę określającą wartość jednostki rozliczeniowej;
- 2) Funduszu - rozumie się przez to Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) jednostce rozliczeniowej - rozumie się przez to miarę przyjętą do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień;
- 4) harmonogramie pracy - rozumie się przez to plan pracy jednostek organizacyjnych świadczeniodawcy udzielających świadczeń;
- 5) kapitałowej stawce rocznej - rozumie się przez to kwotę przeznaczoną na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku w ustalonym w umowie zakresie świadczeń;
- 6) okresie rozliczeniowym - rozumie się przez to okres roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie;
- 7) okresie sprawozdawczym - rozumie się przez to odpowiednio:
 - a) miesiąc kalendarzowy,
 - b) okres krótszy niż miesiąc kalendarzowy, upływający w ostatnim dniu miesiąca - w przypadku gdy umowa nie obowiązuje od pierwszego dnia danego miesiąca,
 - c) okres krótszy niż miesiąc kalendarzowy, upływający w ostatnim dniu obowiązywania umowy - w przypadku gdy umowa wygaśnie lub ulegnie rozwiązaniu przed ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego,
 - d) okres leczenia uzdrowiskowego (turnus) - w odniesieniu do świadczeń stacjonarnego leczenia uzdrowiskowego;
- 8) planie rzeczowo-finansowym - rozumie się przez to wykaz objętych umową zakresów świadczeń i odpowiadających im jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w okresie rozliczeniowym oraz cen i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów świadczeń;
- 9) poświadczeniu - rozumie się przez to dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby uprawnionej do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- 10) rachunku - rozumie się przez to fakturę w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054, z późn. zm.¹⁾) lub rachunek w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2012 r.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 1342, 1448, 1529, 1530, z 2013 r. poz. 35, 1027 i 1608 oraz z 2014 r. poz. 312.

poz. 749, z późn. zm.²⁾);

- 11) raporcie statystycznym - rozumie się przez to informację o poszczególnych świadczeniach, ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 12) ryczałcie - rozumie się przez to określoną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń w danym zakresie albo rodzaju lub zapewnienie gotowości ich udzielania, w określonym czasie;
- 13) świadczeniach - rozumie się przez to świadczenia opieki zdrowotnej stanowiące przedmiot umowy;
- 14) umowie - rozumie się przez to umowę o udzielanie świadczeń zawartą przez Fundusz ze świadczeniodawcą, w danym rodzaju, na określony zakres świadczeń;
- 15) ustawie - rozumie się przez to ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 16) współczynnikach korygujących - rozumie się przez to współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu, określające wysokość mnożników dla poszczególnych grup wiekowych świadczeniobiorców albo poszczególnych rodzajów świadczeń, za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu świadczeń rozliczanych odpowiednio za pomocą kapitacyjnej stawki rocznej albo ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej;
- 17) zakresie świadczeń - rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania;
- 18) podwykonawcy - rozumie się przez to podmiot, który wykonuje część umowy, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności.

§ 2. 1. Przedmiotem umów jest udzielanie świadczeń w następujących zakresach lub rodzajach:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna;
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- 3) leczenie szpitalne;
- 4) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 5) rehabilitacja lecznicza;
- 6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej;
- 7) leczenie stomatologiczne;
- 8) lecznictwo uzdrowiskowe;
- 9) pomoc doraźna i transport sanitarny;
- 10) programy zdrowotne;
- 11) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
- 12) zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 13) programy lekowe;
- 14) ratownictwo medyczne;
- 15) opieka paliatywna i hospicyjna.

2. Prezes Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 1101, 1342, 1529, z 2013 r. poz. 35, 1027, 1036, 1145, 1149, 1289, i 1313 oraz z 2014 r. poz. 183 i 567.

organizacji świadczeniodawców.

3. Prezes Funduszu udostępnia propozycje dotyczące przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców na stronie internetowej Funduszu i jednocześnie powiadamia Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położonych oraz reprezentatywne organizacje świadczeniodawców o ich udostępnieniu - drogą pocztową, za pomocą telefaksu lub poczty elektronicznej.

4. Opinia, o której mowa w ust. 2, jest przekazywana Prezesowi Funduszu w terminie nie dłuższym niż 21 dni od dnia udostępnienia propozycji, o których mowa w ust. 3, chyba że w powiadomieniu Prezes Funduszu wskaże dłuższy termin.

Rozdział 2

Odpowiedzialność świadczeniodawcy

§ 3. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

§ 4. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych leczonym przez niego świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Rozdział 3

Warunki udzielania świadczeń

§ 5. 1. Świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy.

2. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów.

4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.

5. Świadczeniodawca jest zobowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie umowy.

§ 6. 1. Świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy.

2. Zmiany w załączniku, o którym mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia dyrektorowi

oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo - w przypadkach losowych - niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

3. Zmiany, o których mowa w ust. 2, nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny, określonych w odrębnych przepisach oraz w warunkach wymaganych od świadczeniodawców określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń:

- 1) w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy;
- 2) u innego świadczeniodawcy.

§ 7. 1. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach oraz w warunkach wymaganych od świadczeniodawców określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

2. Zobowiązanie świadczeniodawcy dotyczące pomieszczeń, o których mowa w ust. 1, nie dotyczy sytuacji, gdy z charakteru świadczeń wynika konieczność ich udzielania poza takimi pomieszczeniami.

3. Zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń wymaga pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, wyrażonej w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odmówić wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 3, w przypadku gdy zmiana określonego w umowie miejsca udzielania świadczeń może spowodować ograniczenie dostępności do świadczeń.

§ 8. 1. Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń, z uwzględnieniem art. 55 ust. 1-3 i 6 ustawy.

2. Świadczeniodawca, w ramach środków finansowych określonych w umowie, jest zobowiązany do zapewnienia usług transportu sanitarnego w przypadkach określonych w ustawie, z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o ile nie zawarli oni odrębnej umowy w tym zakresie.

§ 9. 1. Świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-finansowym, stanowiącymi załączniki do umowy.

2. Świadczeniodawca powiadamia na piśmie oddział wojewódzki Funduszu o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem - także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w tym czasie.

3. Przerwa w udzielaniu świadczeń, o której mowa w ust. 2, wymaga zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu udzielonej na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania

powiadomienia, a w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej - w terminie 8 dni.

4. Za zgodę, o której mowa w ust. 3, uważa się także brak sprzeciwu dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia; w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej termin ten wynosi 8 dni.

5. W przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, świadczeniodawca niezwłocznie podejmuje czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń, powiadamiając jednocześnie oddział wojewódzki Funduszu o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach.

§ 10. 1. Czynności administracyjne związane z realizacją umowy mogą być wspierane przez wykorzystanie dedykowanego serwisu internetowego.

2. W przypadku dokonywania zmian umowy, o których mowa w § 6 ust. 2 i § 7 ust. 3, na podstawie zaakceptowanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zgłoszeń lub wniosków dopuszcza się podpisywanie zbiorczych aneksów dotyczących okresów sprawozdawczych, w czasie których dokonano zgłoszeń lub złożono wnioski.

3. Powiadomienie, o którym mowa w § 9 ust. 2 i 5, dokonanie zgłoszenia lub złożenie wniosku, o których mowa w ust. 2, z wykorzystaniem serwisu internetowego, o którym mowa w ust. 1, uważa się za spełnienie obowiązku informacyjnego wynikającego z § 6 ust. 2, § 7 ust. 3 i § 9 ust. 2 i 5.

4. Serwis, o którym mowa w ust. 1, prowadzi Fundusz.

5. Zasady korzystania z serwisu określa umowa o korzystaniu z serwisu.

6. Po podpisaniu umowy, o której mowa w ust. 5, świadczeniodawca jest zobowiązany do korzystania z serwisu oraz dbania o aktualność dostępnych w nim informacji poprzez bieżącą aktualizację dotyczących go danych.

§ 11. 1. W miejscu udzielania świadczeń świadczeniodawca jest zobowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń.

2. Świadczeniodawca ma obowiązek umieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem graficznym Funduszu, według wzoru określonego przez Prezesa Funduszu.

3. W przypadku gdy w budynku, o którym mowa w ust. 2, świadczenia udzielane są także przez podmioty, które nie zawarły umowy z Funduszem, znak graficzny Funduszu powinien być umieszczony w sposób jednoznacznie wskazujący, który z podmiotów udziela świadczeń na podstawie umowy.

4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do umieszczenia wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacji dotyczących:

- 1) imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej - także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca udzielania świadczeń;
- 2) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;
- 3) zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
- 4) trybu składania skarg i wniosków;
- 5) praw pacjenta;
- 6) adresu oraz numerów telefonów podmiotów udzielających świadczeń poza godzinami pracy

określonymi w umowie, a w szczególności w dni wolne od pracy i w święta - w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;

- 7) numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego, to jest numerów: "112" i "999";
- 8) adresu oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- 9) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie;
- 10) innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.

5. Z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń całodobowo, informacje, o których mowa w ust. 1 i ust. 4 pkt 6 i 7, powinny być widoczne także z zewnątrz budynku.

§ 12. 1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania:

- 1) wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;
- 2) istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

2. W przypadku skierowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego przez felczera ubezpieczenia zdrowotnego przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio.

3. W przypadku stwierdzenia braku możliwości dalszej opieki w danej poradni specjalistycznej, po uzasadnieniu w dokumentacji medycznej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej, w tym o tej samej specjalności, uwzględniając wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji oraz istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym i szpitalnym, a także o zastosowanym leczeniu.

4. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, także w poradni specjalistycznej, lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku stwierdzenia wskazań do hospitalizacji, wystawia skierowanie do leczenia szpitalnego.

5. W przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza, o którym mowa w art. 57 ust. 2 pkt 1-6 ustawy.

6. W przypadku zakwalifikowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje.

7. Osoby uprawnione na mocy art. 34 lub art. 40 ustawy nie mogą wystawiać świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju całodobowe lub całodzienne świadczenia zdrowotne zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ordynować leków.

8. Świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy po zakończeniu leczenia szpitalnego, a także w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, stosownie do zaistniałej sytuacji, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:

- 1) skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;
- 2) recepty na leki i zlecenia na wyroby medyczne zlecone w karcie informacyjnej;
- 3) zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

Rozdział 4

Sposób finansowania świadczeń

§ 13. 1. Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie.

2. W umowie zawartej na więcej niż jeden zakres świadczeń dla danego rodzaju świadczeń kwota zobowiązania stanowi sumę kwot zobowiązania w poszczególnych zakresach, po uwzględnieniu korekty wynikającej ze stosowania współczynników korygujących, o której mowa w § 16 ust. 1.

§ 14. 1. Ceny poszczególnych świadczeń lub ceny odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony umowy w trybie określonym przepisami art. 142, 143 i 159 ustawy.

2. Punktem wyjścia uzgodnień, o których mowa w ust. 1, jest cena określona w ofercie złożonej przez podmiot ubiegający się o zawarcie umowy.

3. Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i art. 159 ust. 2 ustawy, określa jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych zakresów świadczeń i ustala wycenę poszczególnych świadczeń w tych jednostkach.

4. Dokonując wyceny, o której mowa w ust. 3, Prezes Funduszu bierze pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania.

5. W przedmiocie ustalania kosztów oraz relacji kosztowych, o których mowa w ust. 4, w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, Fundusz wykorzystuje informacje pozyskane od wybranych świadczeniodawców oraz innych podmiotów, które w ramach dwu- lub wielostronnej współpracy udostępnią dane o kosztach udzielania świadczeń.

§ 15. Określa się następujące sposoby rozliczania świadczeń:

- 1) kapitacyjna stawka roczna;
- 2) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej;
- 3) ryczałt.
- 4) finansowanie degresywne.

§ 16. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej, należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

2. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru.

3. Informację, o której mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje do właściwego wojewódzkiego oddziału Funduszu do 7. dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Oddział

wojewódzki Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką. Przekazana informacja stanowi podstawę do sporządzenia rachunku za dany okres sprawozdawczy.

4. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, posiadających poświadczenie właściwego formularza serii E 100 i rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób.

5. Należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy, jest określona w przekazywanych przez świadczeniodawcę odrębnych rachunkach dla każdej kategorii osób.

§ 17. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń, uwzględniającą współczynniki korygujące.

2. Należność dla danego zakresu świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych, odpowiadających udzielonym świadczeniom, i ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, uwzględniający współczynniki korygujące.

3. Należność, o której mowa w ust. 2, nie może być większa od iloczynu liczby jednostek rozliczeniowych i ceny jednostkowej, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla danego zakresu świadczeń.

4. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, może być większa niż wynikająca z ust. 3, w przypadku gdy łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie jest wyższa od sumy iloczynów liczb jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.

5. Postanowienia ust. 1-4 obejmują rozliczenie świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji oraz wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 12 pkt 2-4, 6, i 9-11 ustawy.

6. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób.

7. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, udzielanych osobom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 12 pkt 2-4, 6 i 9-11 ustawy, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych kategorii osób.

8. Przepisy ust. 1, 2, 5-7 stosuje się odpowiednio do rozliczania umów na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

§ 18. 1. W przypadku świadczeń rozliczanych ryczałtem należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania za dany zakres świadczeń:

- 1) proporcjonalną do liczby dni w miesiącu, który jest okresem sprawozdawczym - w przypadku ryczałtu dobowego;
- 2) stanowiącą iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania - w przypadku ryczałtu miesięcznego.

2. Należność, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje kosztów świadczeń udzielonych osobom

uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, a także udzielonych osobom, o których mowa w art. 14b ustawy.

3. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, stanowiąca równowartość rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, jest określona w odrębnych rachunkach, dotyczących poszczególnych osób.

4. Należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, stanowiąca równowartość rzeczywistych kosztów świadczeń udzielonych osobom, o których mowa w art. 14b ustawy, jest określona w odrębnym rachunku, dotyczącym tej kategorii osób.

5. Świadczeniodawca, na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu, przedstawia kalkulację rzeczywistych kosztów, o których mowa w ust. 3 i 4, w celu ich weryfikacji.

§ 19. 1. Finansowanie degresywne stosuje się w przypadku diagnostyki onkologicznej. Należność z tytułu realizacji świadczeń, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, jest wypłacana świadczeniodawcy, pod warunkiem stwierdzenia albo niestwierdzenia nowotworu złośliwego w terminie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ustawy.

§ 20. 1. W przypadku zawarcia umowy co najmniej na dwa z następujących zakresów lub rodzajów świadczeń:

- 1) ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- 2) leczenie szpitalne,
- 3) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- 4) rehabilitacja lecznicza,
- 5) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
- 6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
- 7) opieka paliatywna i hospicyjna

- strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy, składany po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmian zawartych umów, polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku rodzajów świadczeń i jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych rodzajów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy.

2. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego należy złożyć do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

3. Zmiany umów, o których mowa w ust. 1, nie mogą spowodować:

- 1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu wszystkich zawartych z nim umów;
- 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń, o więcej niż 15 %, dla każdego rodzaju świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 3) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń w ramach danego rodzaju świadczeń, o więcej niż 20 %, dla danego zakresu świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 4) ograniczenia dostępności do świadczeń.

4. Przepisy ust. 1-3 stosuje się odpowiednio do umów zawieranych odrębnie na poszczególne zakresy świadczeń w ramach rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1.

5. Przepisów ust. 1-4 nie stosuje się do umów, których przedmiotem jest wyłącznie stosowanie leków.

§ 21. 1. Z zastrzeżeniem § 19, strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy złożony po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmian zawartych umów, polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku zakresów świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń, z uwzględnieniem art. 158 ustawy. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

2. Zmiany umów, o których mowa w ust. 1, nie mogą spowodować:

- 1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu zawartej umowy;
- 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń, o więcej niż 20 %, dla każdego zakresu świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 3) ograniczenia dostępności do świadczeń.

§ 22. W przypadku dokonania zmiany w umowach w trybach określonych w § 19 i 20 świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie przeciwko Funduszowi o zapłatę za świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania odpowiednio w rodzajach albo zakresach świadczeń, których dotyczyło zmniejszenie kwoty zobowiązania.

§ 23. 1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, zwane dalej "dokumentami rozliczeniowymi". Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

2. W przypadku świadczeń, dla których określono kapitacyjną stawkę roczną, świadczeniodawca składa rachunek sporządzony na podstawie informacji, o której mowa w § 16 ust. 2.

3. Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

4. W przypadku świadczeń leczenia uzdrowiskowego dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa w terminie 5 dni po zakończeniu okresu sprawozdawczego.

5. W przypadku świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E 125, świadczeniodawca jest zobowiązany przekazać kopię właściwego formularza E 112 lub E 123, kopię poświadczenia lub kopię Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego albo kopię certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, a także określić tryb przyjęcia pacjenta czasowo przebywającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku gdy niemożliwe jest sporządzenie kopii dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, świadczeniodawca przedstawia odpis dokumentu. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za umieszczenie błędnych lub niekompletnych danych zawartych w odpisie.

6. W przypadku świadczeń udzielonych osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy, świadczeniodawca jest zobowiązany przedstawić kopię decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzającej prawo do świadczeń.

7. Raport statystyczny i informację, o której mowa w § 16 ust. 2, świadczeniodawca przekazuje w formie elektronicznej.

8. Świadczeniodawca składa Funduszowi rachunek na piśmie. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.

§ 24. 1. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy oddział wojewódzki Funduszu wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 15 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, oraz dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5-8, z zastrzeżeniem § 24 i 25. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie.

2. W przypadku świadczeń finansowanych z budżetu państwa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757) dopuszcza się możliwość wypłacenia należności za miesiąc grudzień w tym samym miesiącu wyłącznie na podstawie dostarczonych przez świadczeniodawcę rachunków. Pozostałe dokumenty rozliczeniowe powinny zostać dostarczone przez świadczeniodawcę w terminie określonym w § 22 ust. 3.

3. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, to płatności dokonuje się poprzedniego dnia roboczego.

4. Jeżeli oddział wojewódzki Funduszu nie dokona płatności należności w terminie, o którym mowa w ust. 1 i 3, świadczeniodawcy przysługują odsetki ustawowe.

5. Oddział wojewódzki Funduszu, uwzględniając stan posiadanych środków finansowych i sytuację finansową świadczeniodawcy, może dokonać płatności należności za świadczenia udzielone w okresie krótszym niż sprawozdawczy, lecz nie krótszym niż 14 dni, po spełnieniu przez świadczeniodawcę wymogów, o których mowa w ust. 1. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie, zgodnie z kolejnością złożenia dokumentów rozliczeniowych.

§ 25. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń leczenia uzdrowiskowego oddział wojewódzki Funduszu wypłaca przelewem na rachunek bankowy określony w umowie w terminie 14 dni od dnia dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych. Przepisów § 24 ust. 1 i 5 nie stosuje się.

§ 26. 1. Przekazywanie przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, uwierzytelnionych bezpiecznym podpisem elektronicznym, w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 262), skraca termin, o którym mowa w § 23 ust. 1, o jeden dzień.

2. Nieprzedstawienie przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, w terminach, o których mowa w § 22 ust. 3 i 4, powoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia w ich przedstawieniu.

3. Przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5 i 6, lub przedstawienie dokumentów sporządzonych w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności w całości lub części należności, w zakresie rozliczenia, do którego oddział wojewódzki Funduszu powziął zastrzeżenia.

4. Oddział wojewódzki Funduszu informuje świadczeniodawcę o przyczynie wstrzymania płatności, w terminie 5 dni roboczych od dnia przyjęcia dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, lub dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5 i 6. W przypadku wstrzymania przez oddział wojewódzki Funduszu płatności w całości lub w części, świadczeniodawca jest zobowiązany do uzupełnienia lub usunięcia nieprawidłowości w dokumentach rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, dokumentach, o których mowa w § 22 ust. 5 i 6, lub wystawienia korygujących dokumentów rozliczeniowych, w terminie

7 dni od dnia otrzymania informacji o stwierdzonych uchybieniach.

5. Oddział wojewódzki Funduszu dokonuje płatności wstrzymanych należności w terminie 7 dni od dnia otrzymania uzupełnionych lub poprawionych dokumentów rozliczeniowych, informacji, o której mowa w § 16 ust. 2, dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 5 i 6, lub otrzymania korygujących dokumentów rozliczeniowych, nie wcześniej jednak niż w terminie płatności przewidzianym dla złożenia prawidłowych dokumentów.

§ 27. 1. Płatności uważa się za dokonane w dniu uznania rachunku bankowego świadczeniodawcy.

2. Rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego.

§ 28. 1. W przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania Funduszu do ich zwrotu. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypada wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.

2. W przypadku gdy obowiązek zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych wynika z zakwestionowania wykonanych świadczeń, świadczeniodawca jest zobowiązany do złożenia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu korygujących dokumentów rozliczeniowych.

3. W przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

Rozdział 5

Kary umowne

§ 29. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie o karze umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

2. Wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości.

3. W razie stwierdzenia podczas kontroli naruszeń, które zostały stwierdzone również w kontrolach przeprowadzonych uprzednio w czasie obowiązywania umowy, wysokość kary umownej w przypadku powtarzającego się naruszenia ustala się jako kwotę wyższą od ustalonej uprzednio, z zastrzeżeniem § 29 ust. 2.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określa każdorazowo, w wezwaniu do zapłaty, wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania. W przypadku gdy termin określony w wezwaniu do zapłaty przypadnie wcześniej niż termin dokonania kolejnej płatności przez Fundusz, świadczeniodawca jest zobowiązany do dokonania zlecenia przelewu w dniu dokonania płatności przez Fundusz.

5. W razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu, o którym mowa w ust. 4, dyrektor

oddziału wojewódzkiego Funduszu ma prawo potrącania kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących świadczeniodawcy należności.

6. W przypadku wyczerpania procedury, o której mowa w art. 64, 160 i 161 ustawy, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo do dokonania potrącenia kary umownej wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy. Odsetki ustawowe nie przysługują Funduszowi za okres od dnia, w którym upłynął termin określony w ustawie do rozpatrzenia zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, do dnia jego rozpatrzenia.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

§ 30. 1. W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi:

- 1) do 2 % kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za każde stwierdzone naruszenie w przypadku:
 - a) obciążania świadczeniobiorców kosztami leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy,
 - b) udaremniania kontroli,
 - c) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy,
 - d) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń,
 - e) niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych;
- 2) do 2 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku:
 - a) nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie,
 - b) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
 - c) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał płatności nienależnych środków finansowych;
- 3) do 1 % kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń w przypadku:
 - a) gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,
 - b) niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z § 11 ust. 1, 4 i 5,
 - c) nieumieszczenia informacji, o której mowa w § 11 ust. 2 i 3,
 - d) nieprzekazania w terminie informacji, o której mowa w § 9 ust. 2 i § 33 ust. 1,
 - e) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,
 - f) nieprowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenia tych list w sposób rażąco naruszający przepisy prawa,
 - g) nieprzekazywania danych dotyczących list oczekujących w terminie.

2. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo o zaopatrzenie w wyroby medyczne, maksymalna kwota kary umownej odnosi się do kwoty

wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie sprawozdawczym objętym kontrolą.

3. Kary umowne, nałożone przez Fundusz, podlegają kumulacji, przy czym:

- 1) łączna kwota kar umownych nałożonych w toku jednego postępowania kontrolnego nie może przekraczać 3 % kwoty zobowiązania wynikającego z umowy;
 - 2) łączna kwota kar umownych nałożonych w okresie obowiązywania umowy nie może przekraczać 4 % kwoty zobowiązania Funduszu wynikającego z umowy wobec świadczeniodawcy.
4. W przypadku umów zawartych na okres dłuższy niż rok kumulacja, o której mowa w ust. 3, dotyczy kwoty zobowiązania wynikającego z umowy za rok, w którym stwierdzono naruszenia podlegające karze.

§ 31. 1. Umowa może zawierać zastrzeżenie, że w przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych oddział wojewódzki Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnych refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio w odniesieniu do wyrobów medycznych finansowanych w całości lub w części przez Fundusz.

3. Wysokość i termin zapłaty kary umownej, o której mowa w ust. 1 i 2, oddział wojewódzki Funduszu określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Wyznaczony przez oddział wojewódzki Funduszu termin zapłaty kary nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania. Przepisy § 28 ust. 6 stosuje się.

Rozdział 6

Postanowienia końcowe

§ 32. 1. W przypadku gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwota zobowiązania w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe ustalana jest corocznie, w terminie do dnia 30 listopada, o ile strony nie postanowią inaczej. W tym samym terminie ustalane są warunki finansowania świadczeń w umowie niezawierającej kwoty zobowiązania.

2. Ustalenie, o którym mowa w ust. 1, następuje w drodze zmiany umowy.

3. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania, o których mowa w ust. 1, w terminie określonym w ust. 1, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, oddział wojewódzki Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego roku, na zasadach obowiązujących w ostatnim miesiącu okresu obowiązywania umowy, w poprzednim okresie rozliczeniowym.

5. W przypadku gdy okres rozliczeniowy kończy się przed upływem roku kalendarzowego, przepisy ust. 1-4 stosuje się odpowiednio. Termin ustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania świadczeń następuje miesiąc przed zakończeniem okresu rozliczeniowego. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania umowa ulega rozwiązaniu po upływie kolejnych dwóch miesięcy.

§ 33. Do umów na zaopatrzenie w wyroby medyczne nie stosuje się przepisów § 8 ust. 2, § 9

ust. 2-5, § 11 ust. 4 pkt 1, 2, 3, 6, 7 i 9 oraz ust. 5, § 12-16, § 18-21, § 22 ust. 2, 4 i 6 i § 31.

§ 34. 1. W przypadku gdy świadczeniodawca zamierza dokonać zmian podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności, mających wpływ na sposób realizacji umowy, jest on zobowiązany do pisemnego poinformowania o tym zamiarze oddziału wojewódzkiego Funduszu, nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem. Po dokonaniu zmian świadczeniodawca w terminie 7 dni przedkłada oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dokumenty potwierdzające ich dokonanie.

2. O zamiarze rozwiązania, likwidacji lub zaprzestania działalności świadczeniodawca informuje oddział wojewódzki Funduszu niezwłocznie.

§ 35. 1. O zaistnieniu okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy świadczeniodawca niezwłocznie informuje oddział wojewódzki Funduszu, który wyznacza świadczeniodawcy termin do usunięcia przeszkód, uwzględniając rodzaj przeszkody i możliwość jej usunięcia w określonym terminie.

2. W przypadku nieusunięcia przeszkód w wyznaczonym terminie lub niemożności ich usunięcia dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę, w całości albo w części, w której nie może być realizowana, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

§ 36. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:

- 1) utraty przez świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń;
- 2) naruszenia przepisu art. 132 ust. 3 ustawy;
- 3) rażącego naruszenia § 6 ust. 4 lub § 8;
- 4) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
- 5) udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie;
- 6) przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, z zastrzeżeniem § 9;
- 7) wielokrotnego przedstawiania przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla oddziału wojewódzkiego Funduszu podstawą ustalenia kwoty należności;
- 8) przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, mających istotny wpływ na zawarcie umowy w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy;
- 9) udaremnienia kontroli świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Fundusz;
- 10) niewykonania przez świadczeniodawcę zaleceń pokontrolnych, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, o ile w tym przypadku wcześniej nie nałożono kary umownej z tego tytułu.

2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2-6 rozwiązanie umowy w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia uchybień w terminie 14 dni lub dłuższym, jeżeli strony tak ustalą.

3. W przypadku nieusunięcia uchybień, o których mowa w ust. 2, w wyznaczonym terminie, dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust.

1.

4. Wniesienie zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu związane z obowiązkiem usunięcia uchybień, o których mowa w ust. 2, zawiesza bieg terminu rozwiązania umowy do czasu rozpatrzenia zażalenia przez Prezesa Funduszu oraz wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 5.

5. W przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia lub życia świadczeniobiorców w związku z zaistnieniem okoliczności, o których mowa w ust. 1, rozwiązanie umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia nie wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia uchybień.

§ 37. Świadczeniodawca może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku niedokonania przez oddział wojewódzki Funduszu płatności co najmniej za dwa kolejne okresy sprawozdawcze udzielania świadczeń.

§ 38. Umowa wygasa:

- 1) w przypadku ustania bytu prawnego świadczeniodawcy;
- 2) w przypadku zaistnienia okoliczności, za które strona nie ponosi odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.

§ 39. Zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 40. 1. Oświadczenia Funduszu wymagające doręczenia świadczeniodawcy na piśmie są skuteczne, jeżeli zostaną dokonane listem poleconym na adres siedziby świadczeniodawcy lub wskazany przez niego adres do doręczeń.

2. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1, mogą być doręczone w inny zwyczajowo przyjęty sposób, z zastrzeżeniem że fakt oraz data doręczenia zostaną potwierdzone podpisem odbiorcy.

3. Doręczenie jest skuteczne również, gdy świadczeniodawca nie poinformował oddziału wojewódzkiego Funduszu o zmianie siedziby lub adresu do doręczeń.

§ 41. Do oświadczeń świadczeniodawcy wymagających doręczenia Funduszowi na piśmie § 39 stosuje się odpowiednio.

§ 42. 1. Z zastrzeżeniem przypadków wynikających ze zmiany obowiązujących przepisów prawa oraz ust. 3 i 4, umowa nie może zostać wypowiedziana z powodu braku zgody jednej ze stron na zmianę treści umowy.

2. W przypadku braku zgody strony na wprowadzenie niezbędnych zmian w treści umowy, wynikających ze zmian stanu prawnego, umowa ulega rozwiązaniu za wypowiedzeniem, przy czym okres wypowiedzenia może zostać skrócony nie więcej niż do jednego miesiąca.

3. W przypadku gdy świadczeniodawca rażąco narusza obowiązek realizowania umowy zgodnie z planem rzeczowo-finansowym, polegający na nienależytym wykonywaniu umowy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wypowiedzieć, z zachowaniem 30-dniowego terminu, dotychczasowe warunki umowy w zakresie kwoty zobowiązania i zaproponować nowe, odpowiadające dotychczasowemu wykonywaniu umowy. Nowe warunki obowiązują od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie terminu wypowiedzenia.

4. W przypadku odmowy przyjęcia przez świadczeniodawcę zmienionych warunków umowy, o których mowa w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu po upływie 60 dni od dnia

wypowiedzenia, jednak nie później niż w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego.

§ 443 1. Każda ze stron umowy może w uzasadnionych przypadkach wnioskować na piśmie o zmianę warunków umowy.

2. W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, strony nie później niż w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku podejmują czynności zmierzające do ustalenia nowych warunków umowy, chyba że strona umowy, do której skierowano wniosek, nie wyrazi zgody na zmianę warunków umowy i uzasadni swoje stanowisko na piśmie.

§ 44. Spory między stronami powstające w związku z realizacją umowy rozstrzygane będą polubownie z zachowaniem zasady działania w dobrej wierze i z poszanowaniem słusznym interesów stron.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego określonego w art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. Zgodnie z art. 137 ust. 1 ustawy ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmują:

- 1) przedmiot i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) tryb ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok;
- 4) zakres i warunki odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych;
- 6) przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia.

Projekt ma na celu realizację wytycznych określonych w art. 137 ust. 2 ustawy, tj. kierowania się interesem świadczeniobiorców oraz konieczności zapewnienia właściwego wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Załącznik do projektowanego rozporządzenia stanowi ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt ogólnych warunków umów zawiera regulacje dotyczące warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, trybu ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok, zakresu i warunków odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przesłanek sposobu ustalania wysokości oraz trybu nakładania kar umownych oraz przesłanek i trybu rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków jej wygaśnięcia.

Obecnie powyższe kwestie są regulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484). Załącznik do tego rozporządzenia, zawierający ogólne warunki umów uległ zmianom, znajdującym swe uzasadnienie w zmianie stanu prawnego tj. dotychczasowych nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz konieczności usprawnienia procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. Znaczna część postanowień, zawartych w OWU stanowi powtórzenie rozwiązań przyjętych w obecnie obowiązującej regulacji, jednakże ze względu na projektowane zmiany ustawy istnieje konieczność wydania nowego rozporządzenia (nie zaś zmiany obecnie obowiązującego).

W § 12 zrezygnowano z obecnego brzmienia ust. 5 i 6 wskazanego przepisu, dotyczącego obowiązku lekarza ubezpieczenia zdrowotnego leczącego świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Zmiana ust. 6 jest konsekwencją dokonywanej zmiany ust. 5. Zmiany są uzasadnione uproszczeniem procedury leczenia świadczeniobiorców poprzez zmniejszenie liczby obowiązków informacyjnych świadczeniodawców, a w konsekwencji są korzystne dla świadczeniobiorców i podyktowane ich interesem.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący oraz techniczno-redakcyjny.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte notyfikacją norm i aktów prawnych, określoną w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, z późn. zm.), umożliwiającą uczestnictwo Rzeczypospolitej Polskiej w procedurach wymiany informacji określonych w przepisach Wspólnoty Europejskiej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), wraz z przekazaniem do konsultacji publicznych, projekt zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

<p>Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Aleksander Pawełczak – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego tel. (22) 53 00 316, e-mail: a.pawelczak@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 22 maja 2014 r.</p> <p>Źródło: Art. 137 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.)</p> <p>Nr w wykazie prac brak</p>
--	--

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 137 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.), którego istotą regulacji jest określenie warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, trybu ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok, zakresu i warunków odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przesłanek sposobu ustalania wysokości oraz trybu nakładania kar umownych oraz przesłanek i trybu rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków jej wygaśnięcia.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie powinno przyczynić się do polepszenia sytuacji świadczeniobiorców oraz właściwego wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniobiorcy	33.011.012 osób	Centralny Wykaz Ubezpieczonych – stan na dzień 31 grudnia 2012 r.	Poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zmianę zasad prowadzenia list oczekujących oraz ułatwienie korzystania z systemu opieki zdrowotnej poprzez jego uporządkowanie
Świadczeniobiorcy, u których zdiagnozowano nowotwór (nowe przypadki)	140.000 osób	Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Fundusz Zdrowia	Skrócenie czasu oczekiwania na zdiagnozowanie oraz rozpoczęcie leczenia onkologicznego
Świadczeniodawcy	33 022 świadczeniodawców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Poprawienie zarządzania poprzez określenie standardu prowadzenia rachunku kosztów świadczeń oraz wprowadzenie zmian w zakresie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	29 007 lekarzy	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zwiększenie prestiżu zawodu oraz dodatkowe finansowanie za wzmożoną czujność onkologiczną i monitorowanie pacjenta onkologicznego we współpracy ze specjalistą

Świadczeniodawcy realizujący świadczenia lub ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	12.400 świadczeniodawców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zwiększenie odsetka zdiagnozowanych pacjentów we wcześniejszym stadium nowotworu, co przełoży się na krótsze oraz mniej czasowe i kosztowne leczenie, a także da lekarzom możliwość udzielania większej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, wykonywanych w ramach środków finansowych ponad gwarantowanym obecnie kontraktem
Wojewodowie, oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia	16 województw oraz 16 oddziałów wojewódzkich NFZ		Identyfikowanie potrzeb zdrowotnych oraz prowadzenie okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez wprowadzenie regionalnych map potrzeb zdrowotnych – dokumentów obiektywnie odzwierciedlających problemy i potrzeby zdrowotne populacji danego województwa

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Zakłada się 30-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach uzgodnień i konsultacji publicznych.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- a) Unii Metropolii Polskich, Związku Gmin Wiejskich RP, Związku Miast Polskich, Związku Powiatów Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentu Marszałków Województw, samorządów wojewódzkich, Wojewodów, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Narodowego Instytutu Leków, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej;
- b) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny;
- c) rektorów uczelni medycznych;
- d) samorządów zawodowych (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych);
- e) stowarzyszeń zawodowych (tj.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związek Zawodowy Farmaceutów, Związek Zawodowy Anestezjologów, Związek Zawodowy Chirurgów Polskich, Związek Zawodowy Neonatologów, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”, Izba Gospodarcza „Apteka Polska”, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Izba Lecznictwa Polskiego);
- f) stowarzyszeń w ochronie zdrowia, w tym działających na rzecz pacjentów (tj.: Unia Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia; Stowarzyszenie Primum Non Nocere; Stowarzyszenie Unia Uzdrawisk Polskich, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty PASMI, Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, Ogólnopolskie Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej, Unia Farmaceutów Właścicieli Aptek, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu);
- g) instytutów badawczych (tj.: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie);
- h) organizacji pracodawców (tj.: Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej

Województwa Wielkopolskiego - Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej; Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej - Organizacja Pracodawców; Konfederacja Pracodawców Polskich; Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych; Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych; Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego; Gdański Związek Pracodawców; Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi; Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”; Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej; Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia; Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur; Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych; Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego).

Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródła finansowania

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki							
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)	
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-	
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-	
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-	
	(dodaj/usuń)								
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa								
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw								
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe								
	(dodaj/usuń)								

Niemierzalne	(dodaj/usuń)	
	(dodaj/usuń)	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).		X tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
X zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:		<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.		X tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Komentarz: Swoje obowiązki NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja X zdrowie
Omówienie wpływu	Projekt określa warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, tryb ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok, zakres i warunki odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przesłanki sposobu ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych oraz przesłanki i trybu rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Po wejściu przepisów w życie.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie dotyczy.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak		

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy

Na podstawie art. 139 ust. 9 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „zamawiającym”, zamieszcza ogłoszenie o konkursie ofert albo ogłoszenie o rokowaniach na tablicy ogłoszeń w siedzibie oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „oddziałem”, oraz na stronie internetowej oddziału. Zamawiający przesyła ogłoszenie do właściwych miejscowo okręgowych izb zrzeszających osoby wykonujące zawody medyczne w celu zamieszczenia na tablicy ogłoszeń.

2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o „postępowaniu:”, należy przez to rozumieć konkurs ofert lub rokowania.

§ 2. 1. W ogłoszeniu o konkursie ofert zamieszcza się:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego 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 i 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, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619 i

- 1) nazwę i siedzibę zamawiającego;
- 2) określenie wartości i przedmiotu zamówienia;
- 3) kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej i warunki techniczne udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wymagania w zakresie pomieszczeń, sprzętu, aparatury niezbędnych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz szczegółowymi materiałami informacyjnymi o przedmiocie zamówienia; termin ten nie może być krótszy niż 7 dni od dnia ogłoszenia;
- 5) miejsce i termin składania ofert, nie krótszy niż 14 dni od dnia ogłoszenia;
- 6) miejsce i termin otwarcia ofert;
- 7) miejsce i termin ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- 8) zastrzeżenie o prawie do odwołania konkursu ofert oraz do przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- 9) informację o możliwości składania protestów, odwołań i skargi.

2. W ogłoszeniu o rokowaniach określa się:

- 1) nazwę i siedzibę zamawiającego;
- 2) określenie wartości i przedmiotu zamówienia;
- 3) kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej i warunki techniczne udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wymagania w zakresie pomieszczeń, sprzętu, aparatury niezbędnych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) miejsce i termin ogłoszenia rozstrzygnięcia rokowań;
- 5) nazwę i adres zamieszkania albo adres siedziby świadczeniodawców zaproszonych do rokowań.

3. W zaproszeniu do rokowań należy zamieścić informacje, o których mowa w ust. 2, a ponadto określić w szczególności:

- 1) miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami dotyczącymi przedmiotu zamówienia oraz szczegółowymi materiałami informacyjnymi o przedmiocie zamówienia; termin ten nie może być krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania zaproszenia do rokowań;
- 2) miejsce i termin składania ofert, który nie może być krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania zaproszenia do rokowań;

- 3) miejsce i termin przeprowadzenia rokowań;
- 4) zastrzeżenie o prawie do odwołania rokowań oraz do zmiany terminu przeprowadzenia rokowań i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia rokowań;
- 5) informację o możliwości składania protestów, odwołań i skargi.

§ 3. Zamawiający przygotowuje wzór lub formularz oferty, a świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy składa ofertę zgodnie z tym wzorem lub formularzem.

§ 4. 1. Oferty składa się w zamkniętych kopertach lub paczkach w miejscu i czasie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert albo zaproszeniu do rokowań.

2. Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia składane przez zamawiającego i świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu wymagają formy pisemnej.

3. Za zachowanie formy pisemnej uważa się także zapis treści czynności w protokole przeprowadzenia postępowania.

§ 5. W skład komisji konkursowej wchodzi co najmniej 3 pracowników oddziału, w tym wyznaczony spośród nich przez dyrektora oddziału przewodniczący komisji konkursowej i protokolant komisji konkursowej. W skład komisji konkursowej wchodzi nieparzysta liczba członków.

§ 6. 1. Komisja powoływana jest przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do przeprowadzenia określonego postępowania.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołując komisję określa jej właściwość rzeczową.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołując komisję wyznacza spośród jej członków przewodniczącego, wiceprzewodniczącego i protokolanta.

4. W celu zapewnienia prawidłowego i sprawnego przebiegu postępowania skład oraz liczbę członków komisji, ustala się odpowiednio do trybu i przedmiotu postępowania prowadzonego przez komisję. W składzie komisji zapewnia się udział osoby z wykształceniem medycznym oraz w miarę możliwości osób z wykształceniem prawniczym i ekonomicznym.

§ 7. 1. Przewodniczący kieruje pracami komisji oraz reprezentuje ją na zewnątrz.

2. Wiceprzewodniczący zastępuje przewodniczącego w przypadku jego nieobecności.

3. W przypadku pilnej potrzeby oraz niemożności wykonywania swych zadań przez przewodniczącego i wiceprzewodniczącego dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może pisemnie upoważnić do przewodniczenia komisji, na czas zastępstwa, jednego z jej członków.

4. Do zadań przewodniczącego należy w szczególności:

1) ustalanie, w zależności od potrzeb, harmonogramu posiedzeń komisji, z uwzględnieniem pilności spraw będących przedmiotem postępowania;

2) zwoływanie posiedzeń komisji;

3) przewodniczenie posiedzeniom komisji;

4) informowanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o problemach związanych z pracami komisji w toku postępowania;

5) powoływanie zespołów w ramach komisji;

6) nadzór nad składaniem przez członków komisji oświadczeń, o których mowa w § 14 ust. 1.

§ 8. 1. Protokolant zapewnia obsługę prac komisji.

2. Do zadań protokolanta należy w szczególności:

1) przygotowywanie dokumentów na posiedzenia komisji;

2) prowadzenie dokumentacji postępowania;

3) opracowywanie projektów wystąpień kierowanych do świadczeniodawców;

4) terminowe przygotowywanie zawiadomień przesyłanych do świadczeniodawców;

5) opracowywanie projektów decyzji komisji lub przewodniczącego;

6) przygotowywanie i zamieszczanie ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania;

7) przygotowywanie ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania do przekazania Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, w przypadku, o którym mowa w art. 151 ust. 6 ustawy;

8) przygotowywanie i zamieszczanie na tablicy informacyjnej oraz stronach internetowych oddziału wojewódzkiego Funduszu ogłoszeń o wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu;

9) koordynowanie działań komisji z działaniami osób lub komórek organizacyjnych Funduszu uczestniczących w obsłudze postępowania.

§ 9. 1. Komisja obraduje na jawnych i niejawnych posiedzeniach.

2. Posiedzenia komisji zwołuje przewodniczący w zależności od potrzeb, w szczególności w

terminach określonych w ogłoszeniu o postępowaniu, w zaproszeniu do rokowań lub harmonogramie posiedzeń komisji.

3. Komisja podejmuje decyzje w obecności, co najmniej 2/3 jej składu.

4. Decyzje podejmowane są w głosowaniu jawnym zwykłą większością głosów, przy czym członkowie komisji nie mogą wstrzymywać się od głosu. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos osoby przewodniczącej posiedzeniu komisji.

§ 10. 1. Przewodniczący może powoływać i odwoływać spośród członków komisji zespoły do realizacji określonych zadań, ustalając równocześnie ich skład oraz wyznaczając kierownika zespołu.

2. Do zadań zespołu może należeć w szczególności przeprowadzenie kontroli oferenta, o której mowa w § 19 ust. 2.

§ 11. 1. Przed otwarciem ofert przewodniczący przedstawia obecnym świadczeniodawcom lub osobom reprezentującym świadczeniodawców członków komisji oraz stwierdza umocowanie komisji do prowadzenia postępowania.

2. Komisja dokonuje oceny prawidłowości ogłoszenia o postępowaniu, w wyniku której przewodniczący stwierdza prawidłowość ogłoszenia.

3. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości ogłoszenia o postępowaniu komisja uzasadnia swoje stanowisko w protokole i wnioskuje do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o unieważnienie postępowania.

4. Przewodniczący informuje obecnych oferentów lub osoby reprezentujące oferentów o wystąpieniu do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu z wnioskiem o unieważnienie postępowania.

§ 12. 1. W przypadku prawidłowego ogłoszenia o postępowaniu komisja w obecności świadczeniodawców lub osób reprezentujących świadczeniodawców ogłasza liczbę złożonych ofert oraz otwiera koperty lub paczki z ofertami.

2. Nazwa lub firma oraz adres świadczeniodawcy, którego oferta jest otwierana, ogłaszane są obecnym świadczeniodawcom lub osobom reprezentującym świadczeniodawców oraz niezwłocznie odnotowywane w pełnym brzmieniu w protokole.

§ 13. 1. W przypadku dużej liczby złożonych ofert otwarcie ofert może nastąpić na więcej niż jednym posiedzeniu.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, przewodniczący ustala harmonogram posiedzeń, zawierający terminy posiedzeń oraz wskazanie ofert otwieranych na poszczególnych posiedzeniach. Przewodniczący ogłasza harmonogram na pierwszym posiedzeniu.

§ 14. 1. Po otwarciu ofert członkowie komisji składają pisemne oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia określone w § 5 ust. 2 rozporządzenia.

2. W przypadku niezłożenia przez członka komisji oświadczenia albo zaistnienia przesłanek wyłączenia przewodniczący niezwłocznie występuje do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu z wnioskiem o wyłączenie danej osoby z komisji oraz powołanie nowego członka. W takim przypadku członek komisji jest obowiązany do powstrzymania się od prac w komisji.

3. Jeżeli po złożeniu oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, członek komisji poweźmie informację o istnieniu wobec niego przesłanki wyłączenia, zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie przewodniczącego. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio.

4. W przypadku zmiany w składzie komisji nowy członek składa niezwłocznie oświadczenie, o którym mowa w ust. 1.

§ 15. 1. W części jawnej postępowania komisja przyjmuje do protokołu zgłoszone przez świadczeniodawców lub osoby reprezentujące świadczeniodawców wyjaśnienia lub oświadczenia.

2. Oświadczenia lub wyjaśnienia, o których mowa w ust. 1, składane są w formie pisemnej lub ustnie do protokołu.

3. Oświadczenia i wyjaśnienia złożone w formie pisemnej są odczytywane przez członka komisji w obecności świadczeniodawców lub osób reprezentujących świadczeniodawców, a następnie włączane jako załącznik do protokołu.

§ 16. 1. W przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja, w części jawnej postępowania, wzywa świadczeniodawcę do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

2. W przypadku odrzucenia oferty komisja wskazuje w protokole podstawę prawną swojej decyzji.

§ 17. 1. Komisja w części niejawnej postępowania może przeprowadzić negocjacje z świadczeniodawcami w celu ustalenia:

- 1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

2. Do negocjacji zaprasza się świadczeniodawców spełniających wymogi konieczne do zawarcia umowy.

3. Komisja dokumentuje przebieg i wyniki negocjacji z świadczeniodawcami w protokole z negocjacji.

4. Protokół z negocjacji zawiera w szczególności:

- 1) oznaczenie miejsca i terminu negocjacji;
- 2) imiona i nazwiska członków komisji oraz osób reprezentujących świadczeniodawcę;
- 3) wskazanie wynegocjowanych cen i liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej albo stwierdzenie o nieustaleniu ceny lub liczby świadczeń;
- 4) podpisy członków komisji oraz osób reprezentujących świadczeniodawcę.

§ 18. 1. W sprawie wymagającej specjalnych wiadomości przewodniczący może wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o skierowanie pisemnego zapytania komisji do wskazanego eksperta.

2. Zapytanie komisji dotyczące konkretnej oferty formułowane jest w sposób niepozwalający na identyfikację oferenta.

3. Zapytanie komisji oraz odpowiedź eksperta dokumentowane są w postaci zapisu w protokole lub załącznika do protokołu.

§ 19. 1. W toku postępowania komisja konkursowa może żądać od świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy złożenia wyjaśnień dotyczących przeprowadzanego postępowania.

2. Komisja konkursowa ma prawo przeprowadzenia kontroli świadczeniodawcy ubiegającego

się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, a także zażądać dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy.

§ 20. 1. Protesty złożone do komisji kierowane są do przewodniczącego.

2. Po otrzymaniu protestu przewodniczący zwołuje posiedzenie komisji, która ocenia zasadność protestu oraz zachowanie terminu do jego złożenia.

3. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

4. W przypadku stwierdzenia przez komisję oczywistej bezzasadności protestu postępowanie nie ulega zawieszeniu.

5. Projekt rozstrzygnięcia protestu oraz projekt odpowiedzi przygotowuje przewodniczący, protokolant lub inny członek komisji.

6. Decyzje o rozstrzygnięciu protestu podejmuje komisja.

7. Pisemną odpowiedź na protest, zawierającą rozstrzygnięcie komisji, podpisuje przewodniczący.

8. Protokolant zamieszcza ogłoszenie o wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu na tablicy informacyjnej i stronie internetowej oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 21. Komisja konkursowa sporządza protokół z przebiegu postępowania, który powinien zawierać w szczególności:

- 1) oznaczenie miejsca i czasu rozpoczęcia oraz zakończenia postępowania;
- 2) imiona i nazwiska członków komisji konkursowej;
- 3) wykaz świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy;
- 4) wskazanie ofert, które zostały odrzucone, wraz z uzasadnieniem;
- 5) wnioski i oświadczenia członków komisji konkursowej oraz świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy składane w trakcie postępowania;
- 6) wskazanie ofert, które zostały wybrane;
- 7) informację o odczytaniu protokołu;
- 8) podpisy członków komisji konkursowej.

§ 22. 1. O rozstrzygnięciu postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert ogłasza się w

miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert.

2. O rozstrzygnięciu postępowania prowadzonego w trybie rokowań ogłasza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 2 dni od zakończenia rokowań.

3. Informację o unieważnieniu postępowania przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu komisja przesyła niezwłocznie do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w unieważnionym postępowaniu.

4. Z chwilą ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania albo wysłania informacji o unieważnieniu postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozwiązuje komisję.

§ 23. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

MINISTER ZDROWIA

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 139 ust. 9 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”.

Projektowane rozporządzenie od obowiązujących przepisów różni się m.in. tym, iż reguluje tryb pracy komisji konkursowej powoływanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dotychczas Regulamin pracy komisji konkursowej był ustanawiany uchwałą Rady Narodowego Funduszu Zdrowia.

Projektowane rozporządzenie określa w sposób szczegółowy sposób ogłaszania o konkursie ofert i rokowaniach, elementy które powinny zawierać takie ogłoszenia, jak również sposób składania ofert.

Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, jak również okoliczności które powodują, iż dana osoba nie może być członkiem komisji konkursowej.

Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, organizację posiedzeń, sposób powoływania zespołów, przebieg prac komisji do realizacji określonych zadań, zasady rozpatrywania protestów i tryb zakończenia prac komisji.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

<p>Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Roksana Zelezik – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego tel. (22) 53 00 145, e-mail: r.zelezik@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 22 maja 2014 r.</p> <p>Źródło: art. 139 ust. 9 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.)</p> <p>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia brak</p>
--	---

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 139 ust. 9 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.).

Projektowane rozporządzenie reguluje tryb pracy komisji konkursowej powoływanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dotychczas Regulamin pracy komisji konkursowej był ustanawiany uchwałą Rady NFZ.

Projektowane rozporządzenie określa w sposób szczegółowy sposób ogłaszania o konkursie ofert i rokowaniach, elementy które powinny zawierać takie ogłoszenia, jak również sposób składania ofert.

Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, jak również okoliczności które powodują, iż dana osoba nie może być członkiem komisji konkursowej.

Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, organizację posiedzeń, sposób powoływania zespołów, przebieg prac komisji do realizacji określonych zadań, zasady rozpatrywania protestów i tryb zakończenia prac komisji.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie powinno przyczynić się do usprawnienia prac komisji konkursowej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy			
Narodowy Fundusz Zdrowia	16 województw oraz 16 oddziałów wojewódzkich NFZ		

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone konsultacje poprzedzające opracowanie projektu.
Zakłada się 14-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach konsultacji publicznych.
W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:
www.infortex.pl

- a) samorządów zawodów medycznych,
 b) stowarzyszeń zawodowych i organizacji pracodawców, tj.: Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Sekretariatu Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Business Centre Club, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Pracodawców RP, Związku Rzemiosła Polskiego,
 c) organizacji pacjenckich.
- Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Źródła finansowania												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń												

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Komentarz: Swoje obowiązki Narodowy Fundusz Zdrowia będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Projektowane rozporządzenie reguluje tryb pracy komisji konkursowej powoływanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dotychczas Regulamin pracy komisji konkursowej był ustanawiany uchwałą Rady NFZ. Projektowane rozporządzenie określa w sposób szczegółowy sposób ogłaszania o konkursie ofert i rokowaniach, elementy które powinny zawierać takie ogłoszenia, jak również sposób składania ofert. Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, jak również okoliczności które powodują, iż dana osoba nie może być członkiem komisji konkursowej. Rozporządzenie określa skład komisji konkursowej, organizację posiedzeń, sposób powoływania zespołów, przebieg prac komisji do realizacji określonych zadań, zasady rozpatrywania protestów i tryb zakończenia prac komisji.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Po wejściu przepisów w życie.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie dotyczy.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak		

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki
zdrowotnej**

Na podstawie art. 148 ust. 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się następujące kryteria oceny ofert w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ocenianą przez:
 - a) kwalifikacje osób wykonujących zawód medyczny u świadczeniodawcy, ich umiejętności oraz doświadczenie,
 - b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,
 - c) zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem, m.in. certyfikatem systemu zarządzania lub certyfikatem, o którym mowa w przepisach o akredytacji w ochronie zdrowia,
 - d) ocenę kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego 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 i 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, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619 i

- e) ocenę udzielanych świadczeń sporządzoną na podstawie badania satysfakcji świadczeniobiorców;
- 2) kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ocenianą przez:
- a) planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
 - b) dostęp do badań i zabiegów,
 - c) posiadanie w strukturze organizacyjnej poradni lub oddziałów, lub pracowni diagnostycznych, w tym potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - d) ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach lub zakresach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;
- 3) dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej ocenianą przez:
- a) liczbę dni i godzin pracy,
 - b) organizację przyjęć świadczeniobiorców,
 - c) brak barier dla osób niepełnosprawnych;
- 4) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ocenianą przez:
- a) organizację świadczeń/turnusów zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy,
 - b) realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) cena świadczeń opieki zdrowotnej – czyli odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej świadczenia zaproponowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

§ 2. Kryterium certyfikatu systemu zarządzania, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, jest spełnione, jeżeli certyfikat systemu zarządzania:

- 1) ma zastosowanie w przedmiocie postępowania, na który złożono ofertę;
- 2) obejmuje lokalizację (miejsce udzielania świadczeń) wskazaną w ofercie;
- 3) jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;

- 4) jest wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania posiadającą akredytację w zakresie sektora usług medycznych (branża „Zdrowie i opieka społeczna” zgodnie z kodem 38 EA lub kategorią G *Katering* zgodnie z ISO/TS 22003), udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji lub przez równorzędny podmiot zagraniczny i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej.

§ 3. Kryterium certyfikatu, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, jest spełnione, jeżeli:

- 1) certyfikat jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- 2) w dniu złożenia oferty świadczeniodawca posiada decyzję potwierdzającą przyznanie certyfikatu (posiadanie kopii decyzji jest równoznaczne z posiadaniem certyfikatu).

§ 4. Sposób dokonywania oceny ofert pod względem kryterium ceny i liczby świadczeń, dla wszystkich zakresów lub rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 5. Szczegółowe parametry kryteriów oceny, o których mowa w § 1, oraz waga poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, określone są w załącznikach nr 2-24 do rozporządzenia

§ 6. 1. W przypadku nie dołączenia do oferty:

- 1) złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - 2) złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- końcowy wynik punktowej oceny oferty, po zakończeniu negocjacji w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń podlega obniżeniu zgodnie z poniższym wzorem:

x (końcowy wynik punktowej oceny oferty) * 0,8.

2. W przypadku dołączenia do oferty, oświadczenia o zawarciu umowy, o której mowa w art. 311c ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie i rodzaju tożsamym z przedmiotem postępowania, końcowy wynik punktowej oceny oferty, po zakończeniu negocjacji w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń podlega podwyższeniu zgodnie z poniższym wzorem:

x (końcowy wynik punktowej oceny oferty) * 1,1.

3. Ocena punktowa oferty dokonana zgodnie z ust. 1 i 2 stanowi ostateczną ocenę punktową oferty.

§ 7. Oceny ofert dokonuje się odrębnie dla każdego oferowanego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami.

§ 8. Wyniki dokonanej oceny ofert, pod względem każdego z kryteriów oceny są jawne i podlegają ogłoszeniu wraz z ogłoszeniem o rozstrzygnięciu postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami.

§ 9. Postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami ogłoszone i niezakończone przed wejściem w życie rozporządzenia toczą się na podstawie dotychczasowych przepisów.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., z wyjątkiem § 6, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 148 ust. 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.), którego istotą regulacji jest określenie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mające na celu zapewnienie prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

**Sposób dokonywania oceny ofert pod względem kryterium ceny i liczby świadczeń, dla
wszystkich zakresów lub rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej**

1. Końcowa ocena oferty – liczba punktów oceny - jest wyznaczana na podstawie następującego wzoru:

$$y = y_c + \sum_{i=1}^n \frac{a_i}{x_i} s_i$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

y - liczba punktów oceny danej oferty,

y_c - liczba punktów oceny uzyskana w zakresie kryterium cenowego, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 2,

x - maksymalna liczba punktów jednostkowych możliwych do uzyskania w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą,

s - waga skalująca,

a - liczba punktów jednostkowych uzyskanych w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą,

n - liczba wag skalujących stosowanych w danym rodzaju i zakresie świadczeń, z wyłączeniem kryterium ceny.

2. Wartości danych wykorzystywanych do obliczenia końcowej oceny oferty, w tym w szczególności:

1) wagi skalujące (maksymalne liczby punktów oceny),

2) liczby punktów jednostkowych odpowiadających poszczególnym parametrom oferty (odpowiedziom w ankiecie),

- zostały przedstawione w tabelach, odrębnie dla każdego rodzaju kontraktowanych świadczeń. Maksymalna liczba punktów jednostkowych możliwych do uzyskania w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą jest uzależniona od wymagań i warunków dodatkowo ocenianych określonych dla danego zakresu świadczeń.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	35	jedna odpowiedź do wyboru	1	wszystkie zakresy	co najmniej 30 % liczby lekarzy i tygodniowego czasu pracy lekarzy realizujących świadczenia (z wyłączeniem lekarzy pediatrów i ich czasu pracy) stanowi łącznie liczba lekarzy i czas pracy lekarzy posiadających następujące traktowane alternatywnie specjalizacje: <ul style="list-style-type: none"> • w dziedzinie chorób wewnętrznych (1-szy stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty) lub będących w jej trakcie – co najmniej 2 lata od rozpoczęcia stażu specjalizacyjnego, lub • w dziedzinie medycyna rodzinna lub będących w jej trakcie, lub • w dziedzinie medycyna ogólna. 	15
		jedna odpowiedź do wyboru	2	1	udzielanie świadczeń przez lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	20
			3	1	udzielanie świadczeń przez dodatkowego lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	30
		jedna odpowiedź do wyboru	4	2-4	udzielanie świadczeń przez lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	20
			5	2-4	udzielanie świadczeń przez co najmniej 1 zespół, w skład którego wchodzi lekarz pediatra	30
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	6	wszystkie zakresy	certyfi­kat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			7		certyfi­kat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfi­kat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	8	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie	1

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					(brak atestów lub przeglądów)	
			9		niezasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			10		obciążenie świadczenioborców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			11		pobieranie nienależnych opłat od świadczenioborców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			12		niezasadne ordynowanie leków	1
			13		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			14		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			15		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			16		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			17		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			18		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			19		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność	10	jedna odpowiedź do wyboru	20	wszystkie zakresy	lokalizacja miejsca udzielania świadczeń w głównym ośrodku administracyjnym na terenie obszaru zabezpieczenia	10
Kompleksowość	15	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	21	wszystkie zakresy	zapewnienie w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń diagnostyki RTG (gwarantowana obecność personelu w pracowniach minimum w godz. 18.00 - 22.00 w dni powszednie oraz 8.00 - 22.00 w soboty, niedziele i dni świąteczne). W pozostałych godzinach zapewnienie gotowości personelu.	5
			22		zapewnienie w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń diagnostyki laboratoryjnej – laboratoria diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych (gwarantowana obecność personelu w pracowniach minimum w godz. 18.00 - 22.00 w dni powszednie oraz 8.00 - 22.00 w soboty, niedziele i dni świąteczne). W	5

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			23		pozostałych godzinach zapewnienie gotowości personelu.	
					zapewnienie gotowości wyłącznego użytkownika środka transportu sanitarnego, spełniającego cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane dla obszaru zabezpieczenia, którego dotyczy umowa (co najmniej jednego środka transportu sanitarnego w przypadku obszarów objętych ryczałtem: R1, R2, R3, co najmniej dwóch w przypadku obszaru objętego ryczałtem R4)	5
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	24	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje proces leczenia świadczeniobiorców w ramach umowy zawartej z Funduszem na zakres Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w miejscu wskazanym w ofercie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 50 000 osób
2. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 100 000 osób
3. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 150 000 osób
4. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia powyżej 150 000 osób

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	30	jedna odpowiedź do wyboru	1	2-23, 25-34, 36-37, 39-40, 42-46, 49-50, 52-54, 56-60, 62, 65	czas pracy lekarzy specjalistów powyżej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	10
		<i>kwalfikacje lekarzy</i>	2		czas pracy lekarzy specjalistów powyżej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	20
		określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3		czas pracy lekarzy specjalistów 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	30
		jedna odpowiedź do wyboru	4	20, 22, 26-27, 30-31, 34, 36-37, 45-46, 49-50, 52-53	czas pracy lekarzy ze specjalizacją I stopnia (nie więcej niż dwóch lekarzy) powyżej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	10
		jedna odpowiedź do wyboru	5	2, 3, 7-12, 14-18, 20, 22-23, 25-32, 36-50,	Pielęgniarka min. 50 % czasu pracy poradni	3

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
				52-54, 56-58, 61-64		
		jedna odpowiedź do wyboru	6	6, 33	Położna lub Pielęgniarka min. 50 % czasu pracy poradni	3
		jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	7	4-5	czas pracy pielęgniarki z doświadczeniem zawodowym określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - co najmniej 50% czasu pracy poradni	3
			8	4-5	dietetyk min. 25% czasu pracy poradni	1
		jedna odpowiedź do wyboru	9	24	psycholog kliniczny co najmniej 25% czasu pracy poradni	1
		jedna odpowiedź do wyboru	10	24	fizjoterapeuta co najmniej 25% czasu pracy poradni	1
		jedna odpowiedź do wyboru	11	1	dietetyk min. 50% czasu pracy poradni	1
		jedna odpowiedź do wyboru	12	19	Psycholog kliniczny lub lekarz psychiatra lub specjalista psychiatra	1
		jedna odpowiedź do wyboru	13	34, 35	położna	2
			14	34	położna posiadająca dokument umiejętności określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
		jedna odpowiedź do wyboru	15	50	Ortoptysta	1
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	16	20, 34, 35	aparat do elektrokoagulacji – w miejscu	1
			17	20	aparat do kriochirurgii – w miejscu	1
			18	24, 34, 35	aparat do krioterapii – w miejscu	1
			19	36, 37, 40, 41	aparat rtg - w lokalizacji	1
			20	52, 53	audiometr – w lokalizacji	1
			21	49-51	autorefraktometr lub autokeratorefraktometr – w miejscu	1
			22	60	bieżnia do prób wysiłkowych - w lokalizacji	1
			23	1, 6, 10, 28, 45, 46	densytometr umożliwiający wykonanie badań z kręgosłupa lub kości udowej –	1

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					w lokalizacji	
			24	14, 15	echokardiograf z opcją dopplera – w lokalizacji	1
			25	22, 23	elektroencefalograf – w lokalizacji	1
			26	10	elektrokardiograf – w miejscu	1
			27	22	elektromiograf – w lokalizacji	1
			28	49, 50	gonioskop typu czwór lustro – w miejscu	1
			29	14	holter EKG – w miejscu	1
			30	14	holter PR (ABPM) – w miejscu	1
			31	49, 50	hrt lub gdx lub oct – w miejscu	1
			32	61	inhalator ultradźwiękowy – w miejscu	1
			33	52, 53	kabina ciszy do badania słuchu – w lokalizacji	1
			34	20	kapilaroskop - dostęp	1
			35	34	kardiotokograf – w miejscu	1
			36	34, 35	kolposkop z możliwością pobrania materiału do badań z oceną histopatologiczną – w miejscu	1
			37	20	lampa terapeutyczna (kabina lub płyta) emitująca promieniowanie UVA, UVB lub UVA1 do foto- lub fotochemioterapii – w lokalizacji	1
			38	49, 50	laser okulistyczny – w lokalizacji	1
			39	7	mammograf - dostęp	1
			40	34, 35	mammograf – w lokalizacji	1
			41	30-32	mikroskop fluorescencyjny – w miejscu	1
			42	30-32	mikroskop optyczny z możliwością kontrastu fazowego i badania w ciemnym polu – w miejscu	1
			43	4, 5	oftalmoskop – w lokalizacji	1
			44	49, 50	pachymetr – w miejscu	1
			45	49, 50	perymetr statyczny – w miejscu	1
			46	36	rektoskop - w lokalizacji	1
			47	49, 50	soczewka volka – w miejscu	1
			48	61	stół drenażowy – w miejscu	1
			49	49, 50	tonometr aplanacyjny – w miejscu	1
			50	17, 18, 24, 28, 29, 45, 49, 50	ultrasonograf – w lokalizacji	1
			51	6, 7, 11, 12, 25, 34, 35, 36, 38-41, 57, 58	ultrasonograf typ 3 umożliwiający zakres badań: USG w pełnym zakresie wraz z badaniami dopplerowskimi (poza badaniami echokardiograficznymi) oraz biopsje powierzchniowe, głębokie, badania endokawitarne – zgodnie z zakresem realizowanych świadczeń – w lokalizacji	1
			52	4, 5, 10, 22	ultrasonograf z opcją dopplera – w lokalizacji	1
			53	57, 58	uroflometr – w lokalizacji	1

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			54	52, 53	urządzenie do badania otoemisji akustycznych – w miejscu	1
			55	53	zestaw do badań behawioralnych słuchu niemowląt i małych dzieci emitujący tony modulowane, dźwięki otoczenia oraz instrumenty muzyczne – w miejscu	1
			56	24	zestaw do laseroterapii – w miejscu	1
			57	24	zestaw do magnoterapii – w miejscu	1
			58	24	zestaw do TENS – w miejscu	1
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania / certyfikaty	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	59	wszystkie zakresy	certyfi kat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			60		certyfi kat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfi kat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
		jedna odpowiedź do wyboru	61	24	certyfi kat dla poradni wydany przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu	2
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	62	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			63		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			64		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			65		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			66		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			67		niezasadne ordynowanie leków	1
			68		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			69		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			70		udzielanie świadczeń w miejscach nie	2

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			71		objętych umową/ nieudzielenie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	
			72		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			73		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			74		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			75		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			75		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – czas pracy poradni	10	jedna odpowiedź do wyboru	76	wszystkie zakresy	powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie	1
					powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie	4
					powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie	8
					powyżej 48 godzin	10
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	77	wszystkie zakresy	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. 2013 r. poz. 1409)	2
			78		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			79		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Kompleksowość – gabinety diagnostyczno-zabiegowe	15	jedna odpowiedź do wyboru	80	4, 8, 9, 11, 20, 22-24, 26-29, 42-44, 54	gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w miejscu	4
			81		gabinet diagnostyczno-zabiegowy – w lokalizacji	3
		jedna odpowiedź do wyboru	82	12, 16, 25, 34-41, 45, 46, 49, 50, 52, 53, 56-58, 62	gabinet diagnostyczno-zabiegowy dostępny na wyłączność przez 100% czasu pracy poradni – w miejscu	4
			83		gabinet diagnostyczno-zabiegowy dostępny na wyłączność przez 100% czasu pracy poradni – w lokalizacji	2
Kompleksowość – poradnie/stacja dializ	5	jedna odpowiedź do wyboru	84	4	możliwość leczenia stopy cukrzycowej - posiadanie poradni chirurgii naczyniowej lub chirurgii ogólnej w lokalizacji, z pełną dostępnością	3

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					gabinetu diagnostyczno-zabiegowego	
		jedna odpowiedź do wyboru	85	45	Posiadanie poradni reumatologicznej – w lokalizacji	3
		jedna odpowiedź do wyboru	86	17, 18	Stacja dializ w lokalizacji z udokumentowanymi zasadami współpracy z poradnią	2
Kompleksowość – poradnie przyszpitalne	2	jedna odpowiedź do wyboru	87	1-20; 22-46; 48-50; 52-54; 56-59; 61-65	lokalizacja poradni przy oddziale szpitalnym zgodnie z definicją poradni przyszpitalnej określoną w ustawie oraz co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy stanowią lekarze zatrudnieni w oddziale szpitalnym	2
Kompleksowość – możliwość wykonywania badań i zabiegów	5	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	88	34	amniopunkcja diagnostyczna z badaniem płynu owodniowego – w lokalizacji	3
			89	52, 53	możliwość doboru aparatów słuchowych różnymi metodami – w miejscu	3
			90	14	możliwość kontroli urządzeń wszczepialnych serca w lokalizacji zgodnie z warunkami rozporządzenia AOS	5
			91	54	możliwość realizacji dopasowania aparatu słuchowego dla dzieci do 4 r.ż. w lokalizacji przy wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z zał. nr 2 cz. IX rozporządzenia AOS	3
			92	14	możliwość wykonania badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca – w lokalizacji	3
			93	39, 40	możliwość wykonania bronchoskopii – w lokalizacji	3
			94	26, 27	możliwość wykonania bronchoskopii – w lokalizacji lub dostęp	3
			95	8, 9, 40	możliwość wykonania gastrokopii lub kolonoskopii - w lokalizacji	3
			96	49, 50	możliwość wykonania świadczeń: angiografia fluoresceinowa lub angiografia indocyjaninowa lub badanie elektrofizjologiczne narządu wzroku – w lokalizacji lub dostęp	3
97	14	możliwość wykonania świadczeń: echokardiografia przezprzełykowa lub echokardiografia obciążeniowa – w lokalizacji lub dostęp	3			

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			98	6, 7, 12, 22, 23, 25-29, 34-37, 39-41, 43-46, 52, 53, 56-59	możliwość wykonania TK lub RM - w lokalizacji	3
			99	38	możliwość wykonywania kolonoskopii - w lokalizacji	3
			100	37	możliwość założenia gipsu - w lokalizacji	3
			101	11, 39	pobranie materiału do badań z oceną cytologiczną/ histopatologiczną – w lokalizacji	3
			102	12, 25, 36, 38, 40, 41	pobranie materiału do badań z oceną cytologiczną oraz histopatologiczną w zależności od wskazań medycznych – w lokalizacji	3
			103	6, 7	pobranie materiału do badań z oceną cytologiczną/ histopatologiczną – w lokalizacji lub dostęp	3
			104	22	wykonywanie innych badań elektrofizjologicznych – w lokalizacji	3
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	105	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. świadczenia w zakresie chorób metabolicznych
2. świadczenia w zakresie alergologii
3. świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci
4. świadczenia w zakresie diabetologii
5. świadczenia w zakresie diabetologii dla dzieci
6. świadczenia w zakresie endokrynologii
7. świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci
8. świadczenia w zakresie gastroenterologii
9. świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci
10. świadczenia w zakresie geriatry

11. świadczenia w zakresie hematologii
12. świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej
13. świadczenia w zakresie immunologii
14. świadczenia w zakresie kardiologii
15. świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej
16. świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń
17. świadczenia w zakresie nefrologii
18. świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci
19. świadczenia w zakresie toksykologii
20. świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii
21. świadczenia w zakresie genetyki
22. świadczenia w zakresie neurologii
23. świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej
24. świadczenia w zakresie leczenia bólu
25. świadczenia w zakresie onkologii
26. świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc
27. świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
28. świadczenia w zakresie reumatologii
29. świadczenia w zakresie reumatologii dla dzieci
30. świadczenia w zakresie chorób zakaźnych
31. świadczenia w zakresie chorób zakaźnych dla dzieci
32. świadczenia w zakresie leczenia AIDS
33. świadczenia w zakresie neonatologii
34. świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii
35. świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt
36. świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej
37. świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej
38. świadczenia w zakresie proktologii
39. świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej
40. świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej
41. świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci
42. świadczenia w zakresie kardiochirurgii
43. świadczenia w zakresie neurochirurgii
44. świadczenia w zakresie neurochirurgii dla dzieci
45. świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
46. świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci
47. świadczenia w zakresie leczenia osteoporozy
48. świadczenia w zakresie preluksacji
49. świadczenia w zakresie okulistyki
50. świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci
51. świadczenia w zakresie leczenia zeza
52. świadczenia w zakresie otolaryngologii
53. świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej
54. świadczenia w zakresie audiologii i foniatryi
55. świadczenia w zakresie logopedii
56. świadczenia w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej
57. świadczenia w zakresie urologii
58. świadczenia w zakresie urologii dziecięcej
59. świadczenia w zakresie transplantologii
60. świadczenia w zakresie medycyny sportowej
61. świadczenia w zakresie leczenia mukowiscydozy
62. świadczenia w zakresie chirurgii plastycznej
63. świadczenia w zakresie hepatologii
64. świadczenia w zakresie leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży
65. świadczenia w zakresie rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci

AOS - AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE (ASDK)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość - personel	2	jedna odpowiedź do wyboru	1	3	obecność pielęgniarki na każdej zmianie	2
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	2	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			3		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	4	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			5		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			6		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			7		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			8		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			9		niezasadne ordynowanie leków	1
			10		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			11		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			12		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			13		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			14		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			15		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			16		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			17		stwierdzenie naruszeń, które zostały	2

AOS - AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE (ASDK)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Dostępność – czas pracy poradni	10	jedna odpowiedź do wyboru	18	wszystkie zakresy	stwierdzone w poprzednich kontrolach	
					powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie	1
					powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie	4
					powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie	8
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	19	wszystkie zakresy	powyżej 48 godzin	10
					podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. 2013 r. poz. 1409)	2
					przy lokalizacji pracowni powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
Kompleksowość – zakres wykonywanych świadczeń	15	jedna odpowiedź do wyboru	20	2	co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
					posiadanie aparatu wielowarstwowego o skanie od 1s/360/ i zdolności rozdzielczej wysokokontrastowej w płaszczyźnie x,y min. 15 par linii/cm dla skanu 360, średnica okola min. 70 cm oraz pozostałego wyposażenia w sprzęt, określonego w rozporządzeniu AOS w zał. 2VI, lp. 16-30 i wykonywanie wszystkich typów badań zdefiniowanych w rozporządzeniu AOS w zał. 2VI, lp. 1-30	9
			21	2	posiadanie aparatu wielowarstwowego (o jednoczesnej akwizycji od 16 warstw submilimetrowych w czasie 1 pełnego obrotu włącznie i zdolności rozdzielczej izotropowej min. 0,8 mm, o czasie skanu 360 max 0,6 s – modulacja dawki promieniowania w zależności od badanej anatomii z czasem obrotu nie dłuższym niż 0,4s) oraz pozostałego wyposażenia w sprzęt, określonego w rozporządzeniu AOS w zał. 2VI, lp. 31 i wykonywanie wszystkich typów badań zdefiniowanych w rozporządzeniu AOS w zał. 2VI, lp. 1-31	10
		jedna odpowiedź do wyboru	22	3	posiadanie systemu MR min. 25 mT/m, min. 1.0T oraz pozostałego wyposażenia w sprzęt, określonego w rozporządzeniu AOS w zał. 2VIII, lp. 19-21 i wykonywanie wszystkich typów badań zdefiniowanych w rozporządzeniu AOS w zał. 2VIII, lp. 1-21	9

AOS - AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE (ASDK)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			23	3	posiadanie systemu MR min. 30 mT/m, min., 100mT/m/ms, min. 1.5T oraz pozostałego wyposażenia w sprzęt, określonego w rozporządzeniu AOS w zał. 2VIII, lp. 22-25 i wykonywanie wszystkich typów badań zdefiniowanych w rozporządzeniu AOS, w zał. 2VIII, lp. 1-25	10
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	24	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. Badania medycyny nuklearnej
2. Badania tomografii komputerowej (TK)
3. Badania rezonansu magnetycznego (RM)
4. Badania przewodu pokarmowego – gastroskopia
5. Badania przewodu pokarmowego – kolonoskopia
6. Badania echokardiograficzne płodu

AOS – KOMPLEKSOWA AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (KAOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość - personel	30	jedna odpowiedź do wyboru	1	1	czas pracy lekarzy specjalistów diabetologii powyżej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni diabetologicznej realizującej KAOS-CUKRZYCA	6
			2	1	czas pracy lekarzy specjalistów diabetologii 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni diabetologicznej realizującej KAOS-CUKRZYCA	10
		jedna odpowiedź do wyboru	3	1	dietetyk powyżej 50% czasu pracy poradni	1
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	4	1, 2	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			5	1, 2	certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	6	1, 2	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			7	1, 2	nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			8	1, 2	obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			9	1, 2	pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			10	1, 2	niezasadne ordynowanie leków	1
			11	1, 2	nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			12	1, 2	nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			13	1, 2	udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			14	1, 2	nieuzgodniona z NFZ zmiana	2

AOS – KOMPLEKSOWA AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (KAOS)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					harmonogramu udzielania świadczeń	
			15	1, 2	udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			16	1, 2	niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			17	1, 2	stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	18	1, 2	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			19	1, 2	przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			20	1,2	co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	21	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. KAOS – Cukrzyca
2. KAOS – HIV

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	25	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	2; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 42; 45; 47	lekarz specjalista – specjalność oraz wymiar czasu pracy określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	8
			2	44	lekarze specjaliści medycyny nuklearnej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny nuklearnej	5
			3	24	w pracowni hemodynamiki/radiologii zabiegowej - dodatkowo 1 lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii posiadający doświadczenie z wykonywania co najmniej 300 PCI i 600 koronarografii - udokumentowane w Harmonogramie zasoby	8
			4	24	w pracowni elektrofizjologii - dodatkowo 1 lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii posiadający uprawnienia do wykonywania inwazyjnych zabiegów z zakresu elektroterapii - udokumentowane w Harmonogramie zasoby	8
			5	6; 7; 8; 9; 14; 17; 20; 23; 24; 25; 26; 27; 31; 33; 34; 36; 37; 38	pielęgniarka specjalista / położna specjalista – specjalność oraz wymiar czasu pracy wskazane w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	6
			6	6; 7; 8; 9; 14; 17; 20; 23; 24; 25; 26; 33; 34; 36; 37	pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym - specjalność oraz wymiar czasu pracy wskazane w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	4
			7	24	w OINK - zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki pielęgniarskiej we wszystkie dni tygodnia przez co najmniej dwie pielęgniarki na każdej zmianie roboczej - udokumentowane w Harmonogramie zasoby	8
			8	45	psycholog kliniczny - równoważnik co najmniej 1/4 etatu	2
			9	10; 33; 34; 37	psycholog kliniczny - równoważnik co najmniej 1/2 etatu	2

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
			10	21	psycholog kliniczny - równoważnik co najmniej 1 etatu	2
			11	31	fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1 etatu	2
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	12	24; 25	angiokardiograf - w lokalizacji	1
			13	13	aparat (moduł) do oznaczania zdolności dyfuzyjnej płuc - w lokalizacji	1
			14	30	aparat EEG - w lokalizacji	1
			15	30; 31	aparat EMG- w lokalizacji	1
			16	30	aparat RTG mobilny - w miejscu	1
			17	9; 14	aparat RTG naczyniowy - w lokalizacji	1
			18	36	aparat RTG przyłóżkowy - w lokalizacji	1
			19	23; 24; 25	aparat TK z możliwością uwidocznienia tt. wieńcowych - w lokalizacji	1
			20	15; 19; 20; 21	aparat USG - w miejscu	1
			21	24; 25	aparat USG z funkcją badań przezprzełykowych - w lokalizacji	1
			22	14; 38; 41	aparat USG z opcją kolorowego Dopplera - w lokalizacji	1
			23	26; 30	aparat USG z opcją kolorowego Dopplera - w miejscu	1
			24	36	artroskop diagnostyczno - terapeutyczny - w miejscu	1
			25	13	bodypletyzmograf - w lokalizacji	1
			26	2	bronchofiberoskop lub bronchoskop - w lokalizacji	1
			27	12	dermatom - w lokalizacji	1
			28	35	endoskop otolaryngologiczny diagnostyczno-zabiegowy - w miejscu	1
			29	7; 14	gastrofiberoskop - w lokalizacji	1
			30	38; 41	histeroskop diagnostyczno-operacyjny - w lokalizacji	1
			31	24; 25	kardiomonitor z modułem ciągłego pomiaru SaO2 - w miejscu	1
			32	14	kolonoskop - w lokalizacji	1
			33	9; 38; 41	laparoskop - w lokalizacji	1
			34	35	laser CO2 - w lokalizacji	1
			35	32	laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji	1
			36	16	laser zabiegowy dermatologiczny - w miejscu udzielania świadczeń	1
			37	19	pH-metr - w lokalizacji	1
			38	13	polisomnograf - w lokalizacji	1
			39	14	rektoskop - w lokalizacji	1
			40	12	unit implantologiczny - w lokalizacji	1
			41	32	witrektom - w lokalizacji	1
			42	35	zestaw do mikrolaryngoskopii- w lokalizacji	1
			43	47	zestaw do PCNL (nie dotyczy dzieci) - w miejscu	1
			Jakość – warunki dotyczące pomieszczeń	3	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	44
45	wszystkie zakresy	stacja mycia i dezynfekcji łóżek				1
46	37	co najmniej 10% łóżek umieszczonych w izolatkach - w miejscu udzielania świadczeń				2
47	22	izolatki - co najmniej 10% przedstawionych w ofercie łóżek - w miejscu				2

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
Jakość – posiadane doświadczenie w realizacji świadczeń	15	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	48	38	liczba porodów w ciągu ostatnich 12 miesięcy - co najmniej 400	2
			49	24	realizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy co najmniej 20% świadczeń kardiologicznych na rzecz chorych w wieku > 69 r.ż. lub z powikłaniami/chorobami współistniejącymi (rozliczanych grupami: E16, E53, E56, E61)	2
			50	31	w przypadku realizacji świadczeń z grup: A48, A51 - wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy trombolizy u co najmniej 5% chorych z udarem niedokrwiennym.	2
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	51	wszystkie zakresy	certyfi kat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			52		certyfi kat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			53		certyfi kat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			54		certyfi kat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			55		certyfi kat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia/standardy	6	jedna odpowiedź do wyboru	56	wszystkie zakresy	certyfi kat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	57	wszystkie zakresy	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			58		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
		Jedna odpowiedź do wyboru	59	33	spełnienie wszystkich standardów PTOiHD	2
Jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	60	wszystkie zakresy	Prowadzenie badań PPS (Punktowe Badania Epidemiologiczne, <i>ang. Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections</i>) w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków	3
			61		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych posiada specjalizację z mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii	3
			62		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych do pełnienia tej funkcji jest zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym 1 etatowi przeliczeniowemu na 1000 łóżek	3
			63		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza okresową (coroczną) analizę mikrobiologiczną oddziałów w postaci raportu w oparciu o zalecenia konsultanta krajowego ds. mikrobiologii dostępnej na stronie internetowej Centralnego Ośrodka Badania Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej	1

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
			64		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące bezpośredniej obserwacji procedury higieny rąk personelu medycznego	1
			65		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące oceny ilości środka do dezynfekcji rąk używanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na liczbę, osobodni	1
			66		Szpital zapewnia izolację pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażeniem lub nosicielstwem szczepów drobnoustrojów stwarzających szczególnie zagrożenie w sali z własnym węzłem sanitarnym	1
			67		Szpital posiada i stosuje własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, aktualizowanej nie rzadziej niż co 2 lata	2
			68		Szpital posiada i stosuje własny program racjonalnej polityki antybiotykowej, zgodnie z rekomendacjami Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, aktualizowany nie rzadziej niż co 2 lata	1
			69		Szpital w ramach Programu racjonalnej polityki antybiotykowej, wskazał osobę pełniącą funkcję konsultanta ds. antybiotykoterapii, posiadającą specjalizację w dziedzinie mikrobiologia lekarska lub choroby zakaźne	2
		Jedna odpowiedź do wyboru	70	wszystkie zakresy	Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie zgłaszania do Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, z linią dożylną, u których zastosowano antybiotyki	2
			71		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie weryfikacji odnotowanej w dokumentacji medycznej, na podstawie przeglądu dokumentacji zgłaszanych przez oddziały pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, u których wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	3
			72		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie codziennego przeglądu odnotowanej w dokumentacji medycznej pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, dla ustalenia, czy wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	4
Jakość - wyniki	-5	jedna lub	73	wszystkie	udzielenie świadczeń przez personel o	1

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA							
kontroli		więcej odpowiedzi do wyboru		zakresy	kwalfikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)		
					74	nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
					75	nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
					76	obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
					77	pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
					78	niezasadne ordynowanie leków	1
					79	nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
					80	nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
					81	udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
					82	nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
					83	przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
					84	udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
					85	niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	3
					86	stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
					Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru
88		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2				
89		na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2				
Kompleksowość -poradnie / oddziały / pracownie	15		90	14	1000 Poradnia chorób wewnętrznych - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3	
			91	2	1010 Poradnia alergologiczna / 1011	3	

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
					Poradnia alergologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	
		92	14		1020 Poradnia diabetologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		93	17		1020 Poradnia diabetologiczna / 1021 Poradnia diabetologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		94	18		1030 Poradnia endokrynologiczna /1031 Poradnia endokrynologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		95	18		1032 Poradnia endokrynologiczno – ginekologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		96	18		1034 Poradnia andrologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		97	19		1050 Poradnia gastroenterologiczna /1051 Poradnia gastroenterologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		98	20		1060 Poradnia geriatryczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		99	21		1070 Poradnia hematologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		100	33		1071 Poradnia hematologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		101	22		1080 Poradnia immunologiczna /1081 Poradnia immunologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		102	14; 24		1100 Poradnia kardiologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		103	25		1101 Poradnia kardiologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		104	24		1102 Poradnia wad serca - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	3
		105	24		1104 Poradnia nadciśnienia tętniczego - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	3
		106	5; 8		1120 Poradnia chorób naczyń - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	3
		107	26		1130 Poradnia nefrologiczna / 1131 Poradnia nefrologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		108	45		1150 Poradnia toksykologiczna / 1151 Poradnia toksykologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze' część VIII kodu resortowego	3
		109	16		1200 Poradnia dermatologiczna / 1201 Poradnia dermatologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		110	16		1202 Poradnia wenerologiczna/ 1203 Poradnia wenerologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		111	31		1220 Poradnia neurologiczna/ 1221 Poradnia neurologii dziecięcej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		112	34		1240 Poradnia onkologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		113	33		1241 Poradnia onkologiczna dla dzieci -	3

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA					
				wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	
		114	34	1242 Poradnia chemioterapii - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		115	44	1250 Poradnia medycyny nuklearnej - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
		116	13	1270 Poradnia gruźlicy i chorób płuc / 1271 Poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
		117	13	1270 Poradnia chorób płuc / 1271 Poradnia chorób płuc dla dzieci - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
		118	42	1280 Poradnia reumatologiczna /1281 Poradnia reumatologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		119	15	1340 Poradnia chorób zakaźnych /1341 Poradnia chorób zakaźnych dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		120	15	1346 Poradnia chorób tropikalnych - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		121	37	1401 Poradnia pediatriczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		122	27	1421 Poradnia neonatologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		123	38	1450 Poradnia ginekologiczno - położnicza wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
		124	38	1454 Poradnia patologii ciąży - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
		125	41	1460 Poradnia ginekologii onkologicznej - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
		126	9	1500 Poradnia chirurgii ogólnej- wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		127	6; 7	1501 Poradnia chirurgii dziecięcej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		128	9	1506 Poradnia proktologiczna- wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		129	7	1520 Poradnia chirurgii klatki piersiowej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		130	5; 8	1530 Poradnia chirurgii naczyniowej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		131	9	1540 Poradnia chirurgii onkologicznej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		132	10	1540 Poradnia chirurgii onkologicznej / 1541 Poradnia chirurgii onkologicznej dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		133	11	1550 Poradnia chirurgii plastycznej / 1551 Poradnia chirurgii plastycznej dla dzieci	3
		134	11	1552 Poradnia chirurgii ręki - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		135	11	1554 Poradnia leczenia oparzeń - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
		136	22	1560 Poradnia kardiochirurgiczna / 1561 Poradnia kardiochirurgiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA

			137	30	1570 Poradnia neurochirurgiczna/ 1571 Poradnia neurochirurgiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			138	36	1580 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej / 1581 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			139	32	1600 Poradnia okulistyka / 1601 Poradnia okulistyka dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			140	35	1610 Poradnia otorynolaryngologiczna / 1611 Poradnia otorynolaryngologiczna dla dzieci- wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			141	35	1612 Poradnia audiologiczna / 1613 Poradnia audiologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			142	35	1614 Poradnia foniatryczna / 1615 Poradnia foniatryczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			143	12	1630 Poradnia chirurgii szczękowo-twarzowej / 1631 Poradnia chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			144	47	1640 Poradnia urologiczna/ 1641 Poradnia urologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			145	21	1650 Poradnia transplantologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	3
			146	46	1650 Poradnia transplantologiczna / 1651 Poradnia transplantologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze; część VIII kodu resortowego	3
			147	24	2302 Ośrodek /Oddział dzienny rehabilitacji kardiologicznej	3
			148	24	4106 Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego - co najmniej 4-łóżkowy - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	3
			149	31	4222 Oddział udarowy - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			150	wszystkie zakresy	4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4261 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
			151	30; 31	4300 Oddział rehabilitacyjny - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			152	30; 31	4306 Oddział rehabilitacji neurologicznej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			153	24	4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
			154	5; 24; 31	4530 Oddział chirurgii naczyniowej - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
			155	24	4560 Oddział kardiochirurgiczny- wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
			156	5; 31	4910 Blok operacyjny - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	2
			157	2; 9; 14;	7910 Pracownia endoskopii - wpis w	2

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
			38; 41	rejestrze, część VIII kodu resortowego		
			158	wszystkie zakresy	Apteka szpitalna/zakładowa - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
			159	24	co najmniej 20 łóżek w oddziale kardiologii - wpisane w rejestrze	2
			160	24	co najmniej 6 stanowisk intensywnego nadzoru kardiologicznego w OINK - wpisane w rejestrze	5
			161	36	gabinet/ pracownia/ zakład fizjoterapii - w lokalizacji	2
			162	5; 6; 7; 8; 9; 10; 12; 14; 15; 17; 19; 20; 23; 26; 30; 34; 35; 36; 37; 41; 42; 46; 47	łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarską, o których mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze	2
			163	25	pracownia elektrofizjologii (wyłącznie z obecnością oddziału kardiologii dla dzieci) - w lokalizacji	2
			164	35	pracownia endoskopii - w miejscu	2
			165	8	pracownia radiologii zabiegowej dostępna całodobowo - w lokalizacji	2
			166	24	realizacja świadczeń z grup: E10 - E14 związanych z leczeniem inwazyjnych OZW w trybie całodobowym w: 7230 Pracowni radiologii zabiegowej, lub 7232 Pracowni hemodynamiki, lub 7234 Pracowni elektrofizjologii	5
			167	26	stanowiska dializacyjne - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze	1
			168	24	w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego pracownia hemodynamiki i oddział kardiologii w tej samej lokalizacji	5
			169	15	wyodrębniona izba przyjęć	1
			170	42	zakład/pracownia rehabilitacji - w lokalizacji	5
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	10		171	wszystkie zakresy	badania angiografii lub DSA (cyfrowa angiografia subtrakcyjna) - w lokalizacji	1
			172	7	badania bronchoskopii autofluorescencyjnej - w lokalizacji	1
			173	wszystkie zakresy	badania endoskopowe - w lokalizacji	1
			174	7; 10; 11; 32; 36	badania histopatologiczne śródoperacyjne - w lokalizacji	1
			175	16	badania histopatologiczne - w lokalizacji	1
			176	9	badania histopatologiczne śródoperacyjne – w miejscu	1
			177	16	badania immunohistopatologiczne - w lokalizacji	1
			178	15; 42	badania immunologiczne - w lokalizacji	1
			179	44	badania laboratoryjne z możliwością wykonania badania TSH, FT3 lub FT4, przeciwciał przeciwtrądzycowych - w lokalizacji	1
			180	13	badania mikrobiologiczne (w tym BK) - w lokalizacji	1

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA

			181	15	badania molekularne (PCR) zgodne z profilem udzielanych świadczeń - w lokalizacji	1
			182	16	badania mykologiczne - w lokalizacji	1
			183	15	badania parazytologiczne - w lokalizacji	1
			184	wszystkie zakresy	badania rezonansu magnetycznego (RM) - w lokalizacji	1
			185	13	badania scyntygraficzne - w lokalizacji	1
			186	wszystkie zakresy	badania tomografii komputerowej (TK) - w lokalizacji	1
			187	wszystkie zakresy	badania tomografii wielorzędowej (WRTK) - w lokalizacji	1
			188	7	badania ultrasonografii bronchoskopowej - w lokalizacji	1
			189	21	biopsja pod kontrolą USG - w miejscu	1
			190	47	dostęp do leczenia nerkozastępczego - w lokalizacji	1
			191	35	kompleksowa diagnostyka audiologiczna (badania: BERA, ABR, OAEs, test z promentorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy'ego) – w lokalizacji	1
			192	35	kompleksowa diagnostyka narządu głosu (videolaryngostroboskop, miernik natężenia głosu) - w lokalizacji	1
			193	21	możliwość pobierania i badania szpiku kostnego - w miejscu	1
			194	25	możliwość wszczepiania stymulatorów serca (wyłącznie z obecnością oddziału kardiologii dla dzieci)	1
			195	33	stała dostępność konsultacji specjalistycznych (chirurgia dziecięca, anestezjologia i intensywne terapie, neurochirurgia, neurologia, kardiologia, laryngologia, nefrologia)	1
			196	10	możliwość wykonania teleradioterapii śródoperacyjnej	1
			197	45	udokumentowane zapewnienie konsultacji specjalisty w dziedzinie psychiatrii	1
			198	26	możliwość wykonania dostępu naczyniowego do leczenia nerkozastępczego - w lokalizacji	1
			199	26	możliwość wykonania dostępu otrzewnowego - w lokalizacji	1
			200	45	zapewnienie przyjęć w trybie nagłym konsultowanych telefonicznie przypadków od innych świadczeniodawców	1
			201	wszystkie zakresy	zapewnienie realizacji zadań związanych z koordynacją przeszczepień - zatrudnienie w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu	1
			202	3	udokumentowana obecność komisji orzekającej o trwałym i nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i	1

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA						
					narządów (Dz. U. Nr 169, poz.1411, z późn. zm.)	
			203	3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 11; 12; 13; 14; 21; 23; 24; 25; 26; 29; 30; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 38; 39; 40; 41; 45; 46; 47	spełnienie warunków dodatkowych dla wyodrębnionych grup JGP / wyodrębnionych świadczeń	5
Ciągłość	5		204	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „Zakres” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „Treść”.
Poszczególne kody wskazane w kolumnie „Zakres” oznaczają odpowiednio:

2. alergologia / alergologia dla dzieci
3. anestezjologia i intensywna terapia/ anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci
4. anestezjologia i intensywna terapia/ anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci – drugi poziom referencyjny
5. angiologia
6. chirurgia dziecięca
7. chirurgia klatki piersiowej/ chirurgia klatki piersiowej dla dzieci
8. chirurgia naczyniowa
9. chirurgia ogólna
10. chirurgia onkologiczna / chirurgia onkologiczna dla dzieci
11. chirurgia plastyczna / chirurgia plastyczna dla dzieci
12. chirurgia szczękowo-twarzowa/ chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci
13. choroby płuc/ choroby płuc dla dzieci
14. choroby wewnętrzne
15. choroby zakaźne/ choroby zakaźne dla dzieci
16. dermatologia i wenerologia/ dermatologia i wenerologia dla dzieci
17. diabetologia/ diabetologia dla dzieci
18. endokrynologia/ endokrynologia dla dzieci
19. gastroenterologia/ gastroenterologia dla dzieci
20. geriatryka
21. hematologia
22. immunologia kliniczna/ immunologia kliniczna dla dzieci
23. kardiokirurgia/ kardiokirurgia dla dzieci
24. kardiologia
25. kardiologia dla dzieci
26. nefrologia/ nefrologia dla dzieci
27. neonatologia
28. neonatologia - drugi poziom referencyjny
29. neonatologia - trzeci poziom referencyjny
30. neurochirurgia/ neurochirurgia dla dzieci
31. neurologia/ neurologia dla dzieci
32. okulistyka/ okulistyka dla dzieci
33. onkologia i hematologia dziecięca

34. onkologia kliniczna
35. otorynolaryngologia/ otorynolaryngologia dla dzieci/ audiologia i foniatrya/ audiologia i foniatrya dla dzieci
36. ortopedia i traumatologia narządu ruchu/ ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci
37. pediatria
38. położnictwo i ginekologia
39. położnictwo i ginekologia - drugi poziom referencyjny
40. położnictwo i ginekologia - trzeci poziom referencyjny
41. położnictwo i ginekologia/ ginekologia onkologiczna (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia z grup ginekologicznych)
42. reumatologia/ reumatologia dla dzieci
43. radioterapia: teleradioterapia /brachyterapia
44. medycyna nuklearna: terapia izotopowa
45. toksykologia kliniczna/ toksykologia kliniczna dla dzieci
46. transplantologia kliniczna/ transplantologia kliniczna dla dzieci
47. urologia/ urologia dla dzieci

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	20	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	8; 12; 17; 18; 26	lekarz specjalista – specjalność oraz wymiar czasu pracy określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	8
			2	2; 3; 4; 5; 6; 7; 9; 10; 11; 13; 14; 15; 16; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 28	lekarz specjalista lub w trakcie specjalizacji – specjalność oraz wymiar czasu pracy określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	8
			3	4; 5; 6; 7; 12; 14; 17; 18; 20; 22; 25; 26	równoważnik co najmniej 1 etatu - pielęgniarka specjalista / położna specjalista w dziedzinie określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	6
			4	4; 5; 6; 7; 12; 14; 17; 18; 22; 25	równoważnik co najmniej 1 etatu - pielęgniarka po kursie / położna po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	4
			5	8; 16; 22	psycholog kliniczny - równoważnik co najmniej 1/2 etatu	2
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	6	17; 18	angiokardiograf- w lokalizacji	1
			7	11	aparat (moduł) do oznaczania zdolności dyfuzyjnej płuc- w lokalizacji	1
			8	20	aparat EEG - w lokalizacji	1
			9	19; 20	aparat EMG - w lokalizacji	1
			10	7; 12; 19	aparat RTG naczyniowy - w lokalizacji	1
			11	19	aparat RTG operacyjny - w lokalizacji	1
			12	6	aparat RTG przyłóżkowy - w lokalizacji	1
			13	17; 18	aparat TK z możliwością uwidocznienia tt. wieńcowych- w lokalizacji	1
			14	17; 18	aparat USG z funkcją badań przezprzełykowych - w lokalizacji	1
			15	26, 27	aparat USG z opcją kolorowego Dopplera - w lokalizacji	1
			16	19; 28	aparat USG z opcją kolorowego Dopplera - w miejscu	1
			17	24	artroskop diagnostyczno - terapeutyczny - w miejscu	1
			18	11	bodypletyzmograf - lokalizacji	1

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			19	2	bronchofiberoskop lub bronchoskop - w lokalizacji	1
			20	10	dermatom – w lokalizacji	1
			21	5; 12	gastrofiberoskop - w lokalizacji	1
			22	26; 27	histeroskop diagnostyczno-operacyjny - w lokalizacji	1
			23	17; 18	kardiomonitor z modułem ciągłego pomiaru SaO2 - w miejscu	1
			24	12	kolonoskop - w lokalizacji	1
			25	7; 26; 27	laparoskop - w lokalizacji	1
			26	21	laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w lokalizacji	1
			27	13	laser zabiegowy dermatologiczny - w miejscu	1
			28	11	polisomnograf - w lokalizacji	1
			29	12	rektoskop - w lokalizacji	1
			30	17	stymulator z zestawem elektrod endokawitarnych w miejscu	1
			31	28	ureteroskop – w miejscu	1
32	21	witrektom - w lokalizacji	1			
Jakość – warunki dotyczące pomieszczeń	3	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	33	wszystkie zakresy	w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatka	2
			34	wszystkie zakresy	stacja mycia i dezynfekcji łóżek	2
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	35	wszystkie zakresy	certyfi­kat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			36		certyfi­kat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			37		certyfi­kat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			38		certyfi­kat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			39		certyfi­kat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	40	wszystkie zakresy	certyfi­kat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	41	wszystkie zakresy	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			42		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i	5	jedna lub więcej odpowiedzi	43	wszystkie zakresy	Prowadzenie badań PPS (Punktowe Badania Epidemiologiczne, ang. Point Prevalence Survey of Healthcare Associated	3

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
polityki antybiotykowej		do wyboru			<i>Infections</i>) w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków	
			44		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych posiada specjalizację z mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii	3
			45		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych do pełnienia tej funkcji jest zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym 1 etatowi przeliczeniowemu na 1000 łóżek	3
			46		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza okresową (coroczną) analizę mikrobiologiczną oddziałów w postaci raportu w oparciu o zalecenia konsultanta krajowego ds. mikrobiologii dostępnej na stronie internetowej Centralnego Ośrodka Badania Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej	1
			47		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące bezpośredniej obserwacji procedury higieny rąk personelu medycznego	1
			48		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące oceny ilości środka do dezynfekcji rąk zużywanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na liczbę, osobodni	1
			49		Szpital zapewnia izolację pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażeniem lub nosicielstwem szczepów drobnoustrojów stwarzających szczególne zagrożenie w sali z własnym węzłem sanitarnym	1
			50		Szpital posiada i stosuje własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, aktualizowanej nie rzadziej niż co 2 lata	2
51		Szpital posiada i stosuje własny program racjonalnej polityki antybiotykowej, zgodnie z rekomendacjami Narodowego	1			

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (\$) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					Programu Ochrony Antybiotyków, aktualizowany nie rzadziej niż co 2 lata	
			52		Szpital w ramach Programu racjonalnej polityki antybiotykowej, wskazał osobę pełniącą funkcję konsultanta ds. antybiotykoterapii, posiadającą specjalizację w dziedzinie mikrobiologia lekarska lub choroby zakaźne	2
		jedna odpowiedź do wyboru	53	wszystkie zakresy	Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie zgłaszania do Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, z linią dożylną, u których zastosowano antybiotyki	2
			54		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie weryfikacji odnotowanej w dokumentacji medycznej, na podstawie przeglądu dokumentacji zgłaszanych przez oddziały pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, u których wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	3
			55		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie codziennego przeglądu odnotowanej w dokumentacji medycznej pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, dla ustalenia, czy wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	56	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			57		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			58		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			59		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej	3

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			60		finansowanych ze środków publicznych	
			61		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			62		niezasadne ordynowanie leków	1
			63		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			64		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			65		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			66		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			67		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			68		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			69		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			70	wszystkie zakresy	stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	71		podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			72		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			73	17	na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Kompleksowość- poradnie / oddziały / pracownie	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań	74	17	co najmniej 20 łóżek w oddziale kardiologii wpisane w rejestrze	2
					co najmniej 6 stanowisk intensywnego nadzoru kardiologicznego w OINK - wpisane w rejestrze	2

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
		dotyczących danego zakresu świadczeń	75	2	gabinet diagnostyczno - zabiegowy - w miejscu	2
			76	3; 4; 5; 6; 7; 8; 10; 12; 14; 15; 19; 20; 22; 23; 24; 25; 27; 28	łóżka intensywnej opieki medycznej z wyodrębnioną opieką pielęgniarstwa, o których mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia - w miejscu udzielania świadczeń - wpisane w rejestrze	2
			77	18	możliwość wszczepiania stymulatorów serca (wyłącznie z obecnością oddziału kardiologii dla dzieci) - w lokalizacji	1
			78	18	pracownia elektrofizjologii (wyłącznie z obecnością oddziału kardiologii dla dzieci) - w lokalizacji	2
			79	23	pracownia endoskopii - w miejscu udzielania świadczeń	2
			80	6	pracownia zabiegowej radiologii naczyniowej - w lokalizacji	2
			81	17	w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego pracownia hemodynamiki i oddział kardiologii w tej samej lokalizacji	2
			82	17	1100 Poradnia kardiologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			83	17	1102 Poradnia wad serca - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			84	17	1104 Poradnia nadciśnienia tętniczego - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			85	17	2302 Ośrodek/Oddział dzienny rehabilitacji kardiologicznej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			86	17	4106 Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego - co najmniej 4-łóżkowy - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			87	17	4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			88	17	4560 Oddział kardiologiczny - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			89	2; 12; 26; 27	7910 pracownia endoskopii - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	2
90	wszystkie zakresy	4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii lub 4261 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	3			
91	wszystkie zakresy	Apteka szpitalna/zakładowa - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5			
Kompleksowość – dostęp do	15	jedna lub więcej	92	wszystkie zakresy	badania endoskopowe - w lokalizacji	1

LECZENIE SZPITALNE – HOSPITALIZACJA PLANOWA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
badań i zabiegów		odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	93	7; 8; 9; 10; 23; 24; 28	badania histopatologiczne śródoperacyjne – w lokalizacji	1
			94	13	badania immunopatologiczne – w lokalizacji	1
			95	11	badania mikrobiologiczne (w tym BK) - w lokalizacji	1
			96	wszystkie zakresy	badania RM- w lokalizacji	1
			97	wszystkie zakresy	badania RTG - w lokalizacji	1
			98	11	badania scyntygraficzne – w lokalizacji	1
			99	wszystkie zakresy	badania TK- w lokalizacji	1
			100	wszystkie zakresy	badania USG zgodne z profilem udzielanych świadczeń- w lokalizacji	1
			101	23	kompleksowa diagnostyka audiologiczna (badania: ERA, ABR, OAE, test z promontorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy'ego – w lokalizacji	1
			102	28	leczenie nerkozastępcze - zapewnienie dostępu	1
			103	8	możliwość wykonania teleradioterapii śródoperacyjnej	1
104	17; 18; 21;	spełnienie warunków dodatkowych dla wyodrębnionych grup JGP / wyodrębnionych świadczeń	5			
Kompleksowość – ustalone zasady współpracy	5	jedna odpowiedź do wyboru	105	22	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotami prowadzącymi opiekę paliatywną/ hospicyjną	1
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	106	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

2. alergologia / alergologia dla dzieci
3. angiologia
4. chirurgia dziecięca

5. chirurgia klatki piersiowej/ chirurgia klatki piersiowej dla dzieci
6. chirurgia naczyniowa
7. chirurgia ogólna
8. chirurgia onkologiczna / chirurgia onkologiczna dla dzieci
9. chirurgia plastyczna / chirurgia plastyczna dla dzieci
10. chirurgia szczękowo-twarzowa/ chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci
11. choroby płuc/ choroby płuc dla dzieci
12. choroby wewnętrzne
13. dermatologia i wenerologia/ dermatologia i wenerologia dla dzieci
14. diabetologia/ diabetologia dla dzieci
15. gastroenterologia/ gastroenterologia dla dzieci
16. geriatria
17. kardiologia
18. kardiologia dla dzieci
19. neurochirurgia/ neurochirurgia dla dzieci
20. neurologia/ neurologia dla dzieci
21. okulistyka/ okulistyka dla dzieci
22. onkologia kliniczna
23. otorynolaryngologia/ otorynolaryngologia dla dzieci/ audiologia i foniatryka/ audiologia i foniatryka dla dzieci
24. ortopedia i traumatologia narządu ruchu/ ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci
25. pediatria
26. położnictwo i ginekologia
27. położnictwo i ginekologia/ ginekologia onkologiczna (dotyczy świadczeniodawców realizujących wyłącznie świadczenia z grup ginekologicznych)
28. urologia/ urologia dla dzieci

LECZENIE SZPITALNE – LECZENIE JEDNEGO DNIA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	30	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	wszystkie zakresy	lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń - równoważnik co najmniej 1 etatu	10
			2	wszystkie zakresy	lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - równoważnik co najmniej 1 etatu	10
			3	wszystkie zakresy	pielęgniarka - równoważnik co najmniej 1 etatu	4
			4	wszystkie zakresy	pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	6
			5	wszystkie zakresy	pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki - równoważnik co najmniej 1 etatu	4
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	6	1.10	aparat GDx lub HRT – w lokalizacji	1
			7	1.3	aparat RTG naczyniowy – w lokalizacji	1
			8	1.7	dermatom – w lokalizacji	1
			9	1.10	fakoemulsyfikator- w lokalizacji	1
			10	1.13	laparoskop – w lokalizacji	1
			11	1.12	laser CO2 – w lokalizacji	1
			12	1.10	laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub laser okulistyczny NdYAG – w lokalizacji	1
			13	1.2-1.13	stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi	1
			14	1.13	ureteroskop – w lokalizacji	1
			15	1.12	zestaw do mikrolaryngoskopii – w lokalizacji	1
16	1.13	zestaw do PCNL – w lokalizacji	1			
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	17	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			18		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			19		certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			20		certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			21		certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra	6	jedna odpowiedź do wyboru	22	wszystkie zakresy	certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
			23	wszystkie zakresy	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej	2

LECZENIE SZPITALNE – LECZENIE JEDNEGO DNIA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Zdrowia		do wyboru			80%	4
			24		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	25	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			26		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			27		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			28		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			29		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			30		nienależne ordynowanie leków	1
			31		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			32		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			33		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			34		nieuwzględniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			35		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			36		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			37		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			38		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność-	10	jedna	39	wszystkie	powyżej 15 godzin do 25 godzin włącznie	1

LECZENIE SZPITALNE – LECZENIE JEDNEGO DNIA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
harmonogram czasu pracy		odpowiedź do wyboru	40	zakresy	powyżej 25 godzin do 35 godzin włącznie	5
			41		powyżej 35 godzin	10
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	42	wszystkie zakresy	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			43		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			44		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Kompleksowość- poradnie / oddziały / pracownie	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	45	1.3	1530 Poradnia chirurgii naczyniowej - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			46	1.8	1452 Poradnia ginekologiczna - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			47	1.10	1600 Poradnia okulistyka / 1601 Poradnia okulistyka dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			48	1.11	1580 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej / 1581 Poradnia chirurgii urazowo- ortopedycznej dla dzieci - wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego	5
			49	1.12	1610 Poradnia otorynolaryngologiczna / 1611 Poradnia otorynolaryngologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
			50	1.13	1640 Poradnia urologiczna/ 1641 Poradnia urologiczna dla dzieci - wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego	5
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	10	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	51	1.12	kompleksowa diagnostyka audiologiczna (badania: BERA, ABR, OAE, test z promentorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy'ego) - w lokalizacji	1
			52	1.13	Możliwość badania urodynamicznego - w lokalizacji	1
			53	1.10	spełnienie warunków dodatkowych dla realizacji świadczeń z wyodrębnionych grup JGP	5
Ciągłość	5		54	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia	5

LECZENIE SZPITALNE – LECZENIE JEDNEGO DNIA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA:

- 1.2 Chirurgia dziecięca
- 1.3 Chirurgia naczyniowa
- 1.4 Chirurgia ogólna
- 1.5 Chirurgia onkologiczna/ chirurgia onkologiczna dla dzieci
- 1.6 Chirurgia plastyczna/ chirurgia plastyczna dla dzieci
- 1.7 Chirurgia szczękowo-twarzowa/ chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci
- 1.8 Ginekologia
- 1.9 Neurochirurgia/ neurochirurgia dla dzieci
- 1.10 Okulistyka/ okulistyka dla dzieci
- 1.11 Ortopedia i traumatologia narządu ruchu/ ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci
- 1.12 Otolaryngologia/ otorynolaryngologia dla dzieci
- 1.13 Urologia/ urologia dla dzieci

2. ZESPÓŁ OPIEKI DZIENNEJ:

- 2.3 Alergologia/alergologia dla dzieci
- 2.4 Angiologia
- 2.5 Choroby płuc/choroby płuc dla dzieci
- 2.6 Choroby wewnętrzne
- 2.7 Dermatologia i wenerologia/dermatologia i wenerologia dla dzieci
- 2.8 Diabetologia/diabetologia dla dzieci
- 2.9 Endokrynologia/endokrynologia dla dzieci
- 2.10 Gastroenterologia/ gastroenterologia dla dzieci
- 2.11 Geriatria
- 2.12 Neurologia/neurologia dla dzieci
- 2.13 Pediatria
- 2.14 Reumatologia/reumatologia dla dzieci

LECZENIE SZPITALNE – SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY / IZBA PRZYJĘĆ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALU JĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	25	jedna odpowiedź do wyboru	1	1	pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego równoważnik co najmniej 2 etatów	6
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	2	1; 2	certyfi kat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			3		certyfi kat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			4		certyfi kat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			5		certyfi kat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	6	1; 2	certyfi kat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	7		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			8		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	9	1; 2	Prowadzenie badań PPS (Punktowe Badania Epidemiologiczne, <i>ang. Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections</i>) w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków	3
			10		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych posiada specjalizację z mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii	3
			11		Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych do pełnienia tej funkcji jest zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym 1 etatowi przeliczeniowemu na 1000 łózek	3
			12		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza okresową (coroczną) analizę mikrobiologiczną oddziałów w postaci raportu w oparciu o zalecenia konsultanta krajowego ds. mikrobiologii dostępnej na stronie internetowej Centralnego Ośrodka Badania Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej	1
			13		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych	1

LECZENIE SZPITALNE – SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY / IZBA PRZYJĘĆ						
					przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące bezpośredniej obserwacji procedury higieny rąk personelu medycznego	
			14		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące oceny ilości środka do dezynfekcji rąk używanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na liczbę, osobodni	1
			15		Szpital zapewnia izolację pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznany zakażeniem lub nosicielstwem szczepów drobnoustrojów stwarzających szczególne zagrożenie w sali z własnym węzłem sanitarnym	1
			16		Szpital posiada i stosuje własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, aktualizowanej nie rzadziej niż co 2 lata	2
			17		Szpital posiada i stosuje własny program racjonalnej polityki antybiotykowej, zgodnie z rekomendacjami Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, aktualizowany nie rzadziej niż co 2 lata	1
			18		Szpital w ramach Programu racjonalnej polityki antybiotykowej, wskazał osobę pełniącą funkcję konsultanta ds. antybiotykoterapii, posiadającą specjalizację w dziedzinie mikrobiologia lekarska lub choroby zakaźne	2
		Jedna odpowiedź do wyboru	19	1, 2	Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie zgłaszania do Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, z linią dożylną, u których zastosowano antybiotyk	2
			20		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie weryfikacji odnotowanej w dokumentacji medycznej, na podstawie przeglądu dokumentacji zgłaszanych przez oddziały pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, u których wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyk	3
			21		Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie codziennego przeglądu odnotowanej w dokumentacji medycznej pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, dla ustalenia, czy wystąpiły cechy infekcji lub	4

LECZENIE SZPITALNE – SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY / IZBA PRZYJĘĆ						
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	22	1; 2	zastosowano antybiotyki	
					udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			23		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			24		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			25		obciążenie świadczenioborców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			26		pobieranie nienależnych opłat od świadczenioborców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			27		niezasadne ordynowanie leków	1
			28		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			29		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			30		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			31		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			32		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			33		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			34		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			35		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	36	1; 2	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			37		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenia techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			38		na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczenioborców co najmniej jedno z	2

LECZENIE SZPITALNE – SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY / IZBA PRZYJĘĆ						
					pomieszczeń higieniczno - sanitarnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych	
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	35	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	39	1	dostęp do świadczeń w oddziałach specjalistycznych: neurologia, neurochirurgia, kardiologia, kardiochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia szczękowo-twarzowa, okulistyka, otolaryngologia - w trybie całodobowym w lokalizacji	3
			40	1,2	badanie rezonansu magnetycznego - całodobowo w lokalizacji	3
			41	2	dostęp do świadczeń w oddziałach: choroby wewnętrzne/pediatrica, chirurgia ogólna/chirurgia dziecięca, w trybie całodobowym	3
			42	2	badanie tomografii komputerowej - całodobowo w lokalizacji	3
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	43	1,2	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. Szpitalny oddział ratunkowy
2. Izba przyjęć

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ							
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH	
1	2	3	4	5	6	7	
Jakość-personel	25	jedna odpowiedź do wyboru	1	41; 48	lekarz psychiatra lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	4	
			2		lekarz specjalista psychiatrii zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	6	
			3		lekarz specjalista psychiatrii zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	8	
		jedna odpowiedź do wyboru	4	41; 43; 44; 46; 48	psycholog kliniczny zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	6	
			5		psycholog kliniczny zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	8	
		jedna odpowiedź do wyboru	6	42	lekarz specjalista psychiatrii dla dzieci i młodzieży lub specjalista psychiatra zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	6	
			7		lekarz specjalista psychiatrii dla dzieci i młodzieży lub specjalista psychiatra zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	8	
		jedna odpowiedź do wyboru	8	43	lekarz specjalista psychiatrii zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	6	
			9		lekarz specjalista psychiatrii zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	8	
		jedna odpowiedź do wyboru	10	44	lekarz specjalista seksuolog zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	6	
			11		lekarz specjalista seksuolog zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	8	
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	12	41; 42; 43; 44; 46	dotatkowo pielęgniarka	2	
			13		2 psychoterapeutów zatrudnionych w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy w poradni zapewniającej dostęp do konsultacji superwizora	3	
			14		48	2 psychoterapeutów zatrudnionych w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy, w zespole zapewniającym dostęp do konsultacji superwizora	3
			15		5; 13; 14; 15; 16	fizjoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łózek	2
			16		23	instruktor terapii uzależnienia - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż	2

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	
			17	5	lekarz specjalista chorób wewnętrznych lub lekarz specjalista w dziedzinie geriatry - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 60 łóżek	5
			18	3	lekarz specjalista chorób wewnętrznych (dotyczy kom. org. 4710) lub specjalista chorób płuc (dotyczy kom. org. 4714) - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 60 łóżek	5
			19	4	lekarz specjalista psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	5
			20	7; 8	lekarz specjalista psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 16 łóżek	5
			21	1; 3; 10; 11; 12; 19; 20; 27; 28	lekarz specjalista psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	5
			22	36	lekarz specjalista psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca	5
			23	38; 39; 40	lekarz specjalista psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 64 miejsca	5
			24	42	lekarz specjalista psychiatrii dla dzieci i młodzieży lub lekarz specjalista psychiatrii lub psycholog kliniczny lub psychoterapeuta - zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	5
			25	42	lekarz specjalista psychiatrii dla dzieci i młodzieży lub lekarz specjalista psychiatrii lub psycholog kliniczny, w zespole z pielęgniarką	5
			26	2	lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży lub specjalista psychiatra - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 16 łóżek	5
			27	43	lekarz specjalista psychiatrii lub psycholog kliniczny lub psychoterapeuta, zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	5

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (5) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			28	41	lekarz specjalista psychiatrii lub psycholog kliniczny lub psychoterapeuta, zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	5
			29	41	lekarz specjalista psychiatrii lub psycholog kliniczny, w zespole z pielęgniarką	5
			30	26	lekarz specjalista psychiatrii wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 64 łóżka	5
			31	37	lekarz specjalista psychiatrii z certyfikatem psychoterapeuty - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca	5
			32	49; 50; 51; 52; 53	lekarz specjalista psychiatrii zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	5
			33	48	lekarz specjalista psychiatrii	5
			34	44	lekarz specjalista seksuolog lub psycholog kliniczny lub psychoterapeuta, zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	5
			35	48	logopeda, pedagog specjalny - dla osób z autyzmem	3
			36	12	minimum lekarz psychiatra dzieci i młodzieży lub lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	5
			37	10; 11	minimum lekarz psychiatra lub w trakcie specjalizacji z psychiatrii - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	5
			38	1	minimum psycholog - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	3
			39	23	minimum psycholog - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	3
			40	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 19; 20; 27; 28	pielęgniarki - liczba odpowiadająca normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.)	2
			41	48	psycholog kliniczny	3
			42	1; 5; 25; 27; 28	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu	3

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					przeliczeniowego na 40 łóżek	
			43	2	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek	3
			44	6	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	3
			45	7; 8; 24	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 32 łóżka	3
			46	17	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	3
			47	49; 50; 51; 52; 53	psycholog kliniczny zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3
			48	26	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 16 łóżek	3
			49	32; 33; 34; 36	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc	3
			50	35	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 miejsc	3
			51	39; 40	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 64 miejsca	3
			52	42	psycholog kliniczny lub psycholog w trakcie specjalizacji z psychologii klinicznej zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,25 wymiaru zatrudnienia, proporcjonalnie do równoważnika pełnego wymiaru zatrudnienia lekarza w poradni	3
			53	3; 10	psycholog kliniczny lub psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	3
			54	4	psycholog kliniczny - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	3
			55	46	psycholog kliniczny lub psychoterapeuta, zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3
			56	42	psycholog kliniczny zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,25 wymiaru zatrudnienia, proporcjonalnie do równoważnika pełnego wymiaru zatrudnienia lekarza w poradni	3
			57	6	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy	3

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek	
			58	7; 8	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 16 łóżek	3
			59	5; 11; 12	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	3
			60	17; 49; 50	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego	3
			61	2	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek	3
			62	32; 33; 34; 36	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc	3
			63	37	psychoterapeuta - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 8 miejsc	3
			64	49; 50; 51; 52; 53	psychoterapeuta lub specjalista psychoterapii uzależnień zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3
			65	41; 42; 51; 52; 53	psychoterapeuta zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3
			66	43; 44; 46	psychoterapeuta zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy, w poradni zapewniającej dostęp do konsultacji superwizora	3
			67	48	psychoterapeuta zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy, w zespole zapewniającym dostęp do konsultacji superwizora	3
			68	41; 42	psychoterapeuta zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	3
			69	41; 42	2 psychoterapeutów zatrudnionych w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3
			70	19; 20	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek	3
			71	23	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 15 łóżek	3
			72	27; 28	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż	3

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łózek	
			73	29; 30	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łózek	3
			74	38; 39	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 64 miejsca	3
			75	40	specjalista psychoterapii uzależnień - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 16 miejsc	3
			76	49; 50; 51; 52; 53	specjalista psychoterapii uzależnień zatrudniony w równoważniku nie mniej niż 0,5 wymiaru czasu pracy	3
			77	49; 50; 51; 52; 53	specjalista psychoterapii uzależnień zatrudniony w równoważniku pełnego wymiaru czasu pracy	3
			78	4	terapeuta zajęciowy - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łózek	3
			79	37	w zespole superwizor	3
			80	48	zespół przeszkolony w zakresie diagnostyki i terapii osób z autyzmem: specjalista psychiatra, psycholog kliniczny, pedagog specjalny, logopeda	3
Jakość – wyniki leczenia	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	81	1	średni czas leczenia poniżej 40 dni (sprawozdanie MZ - 03 lub MZ 30 za rok poprzedni)	1
			82	1	liczba hospitalizowanych długoterminowo (rezydenci) - do 10%	1
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	83	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			84	18; 41 - 54	certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			85	1 - 17; 19 - 40	certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			86	1 - 17; 19 - 40	certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			87	1 - 17; 19 - 40	certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			88	1 – 16; 19 – 28; 32 - 40	certyfiakat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	89	1-6; 10-12	certyfiakat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	90	1-6; 10-12	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			91		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	92	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			93		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			94		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			95		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			96		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			97		niezasadne ordynowanie leków	1
			98		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			99		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			100		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			101		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			102		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			103		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			104		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			105		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność - dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi	106	wszystkie zakresy	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			107		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			108		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Kompleksowość- badania / programy	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	109	38; 39; 40	6 godzin dziennie zorganizowanych zajęć terapeutycznych	2
			110	29; 30	dostęp do profilowanych programów terapii z systematyczną psychoterapią indywidualną i grupową	2
			111	38	dostęp do innych wyspecjalizowanych programów terapeutycznych np. w zakresie post - rehabilitacji	2
			112	39; 40	dostęp do innych wyspecjalizowanych programów terapeutycznych np. w zakresie post - rehabilitacji i profilaktyki nawrotów	2
			113	1; 2; 5; 6; 7; 13; 14; 15; 16; 29; 30; 32; 33; 34; 35; 36; 38; 39; 40;	dostęp do interwencji pracownika socjalnego	2
			114	41; 48	dostęp do konsultacji specjalistycznych: kardiologicznych, diabetologicznych, neurologicznych	2
			115	42; 47	dostęp do konsultacji: neurologicznych, pediatrycznych	2
			116	44	dostęp do konsultacji: endokrynologicznych, urologicznych, ginekologicznych	2

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			117	48	dostęp do oddziału dziennego, poradni: zdrowia psychicznego lub psychogeriatrycznej lub psychosomatycznej, oddziału całodobowego (znajdujących się w strukturze organizacyjnej świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ oraz dostęp do interwencji pracownika socjalnego	2
			118	54	dostęp do oddziału detoksykacyjnego (znajdującego się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ) oraz dostęp do interwencji pracownika socjalnego	2
			119	29; 30	dostęp do programów aktywizacji życiowej	2
			120	50	dostęp do oddziału dziennego lub oddziału całodobowego (znajdujących się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ)	2
			121	51; 52; 53	dostęp do oddziału dziennego lub oddziału całodobowego (znajdujących się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ) oraz dostęp do interwencji pracownika socjalnego	
			122	49	dostęp do oddziału dziennego lub oddziału całodobowego, leczenia substytucyjnego (znajdujących się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ) oraz dostęp do interwencji pracownika socjalnego	2
			123	2	dostęp do wyspecjalizowanych konsultacji lekarskich np. w zakresie genetyki, immunologii w przypadkach uzasadnionych szczególnym profilem oddziału	2
			124	41; 42; 43; 46	dostęp do świadczeń oddziału dziennego, Zespołu Leczenia Środowiskowego (ZLS), oddziału całodobowego (znajdujących się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ oraz dostęp do interwencji pracownika	2

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					socjalnego	
			125	48; 49; 50; 51; 52; 53	dostęp do superwizji	2
			126	49; 51; 52; 53	inne specjalistyczne programy, np. dla ofiar i sprawców przemocy, program CANDIS	2
			127	10	inne wyspecjalizowane programy terapii, w tym ponad połowa oddziaływań to świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej, 7 godzin dziennie zorganizowanych zajęć (grupy)	2
			128	11; 12	inne wyspecjalizowane programy terapii, w tym ponad połowa oddziaływań to świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej, 7 godzin dziennie zorganizowanych zajęć	2
			129	49; 51; 52; 53	kompleksowy program terapii uzależnienia od alkoholu lub od substancji psychoaktywnych w wymiarze 6 godzin zorganizowanych zajęć terapii w tygodniu	2
			130	38; 39; 40	kompleksowy program terapii z opisem: założeń, celu, form realizacji, czasu trwania, oceny	2
			131	2	kompleksowy program terapii z systematyczną psychoterapią indywidualną, grupową i rodzinną	2
			132	5	kompleksowy program terapii z systematyczną psychoterapią indywidualną, grupową i rodzinną	2
			133	21; 22; 23; 24; 26	kompleksowy program terapii, w tym ponad połowa oddziaływań to świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej, 6 godzin dziennie zorganizowanych zajęć (grupy i inne)	2
			134	25	kompleksowy program terapii, w tym ponad połowa oddziaływań to świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej, 6 godzin dziennie zorganizowanych zajęć	2
			135	27; 28	kompleksowy program terapii, w tym ponad połowa oddziaływań to świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej, 6 godzin dziennie zorganizowanych zajęć (grupy)	2

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			136	47	dostęp do Zespołu Leczenia Środowiskowego (ZLS) znajdującego się w strukturach organizacyjnych świadczeniodawcy oraz realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ oraz dostęp do interwencji pracownika socjalnego	2
			137	37	profilowane programy terapii z systematyczną psychoterapią indywidualną i grupową	2
			138	25	program edukacji prozdrowotnej obejmujący profilaktykę zachowań ryzykownych dotyczących np. żółtaczki, HIV, AIDS	2
			139	53	program leczenia substytucyjnego, zgodnie z załącznikiem nr 7, l.p. 5, kolumna 2, pkt 8 rozporządzenia PSY	2
			140	19; 20	program motywujący do dalszego leczenia z zapewnieniem jego kontynuacji w oddziale leczenia uzależnień/oddziale terapii uzależnienia od alkoholu, znajdującym się w strukturze organizacyjnej zakładu	2
			141	25	program postrehabilitacyjny lub specjalistyczny program dla dzieci i młodzieży z uzależnieniem wraz z programem psychoedukacyjnym dla rodziców	2
			142	49; 51; 52; 53	program zaawansowany psychoterapii uzależnienia od alkoholu lub od substancji psychoaktywnych	2
			143	33; 36	programy rehabilitacyjne adresowane do różnych potrzeb pacjentów	2
			144	37	przynajmniej 2 pomieszczenia do prowadzenia psychoterapii grupowej, dla 25 pacjentów	2
			145	6	realizacja nie mniej niż 3 profilowanych programów rehabilitacyjnych adresowanych do różnych potrzeb pacjentów i ich rodzin	2
			146	1; 2; 3; 5; 6; 7; 19; 20	realizacja wysokospecjalistycznych metod diagnostycznych (elektrofizjologiczne, neuroobrazowe, neuropsychologiczne) - w lokalizacji	2
			147	32; 33; 34; 36; 37	dostęp do wysokospecjalistycznych metod diagnostycznych (elektrofizjologiczne, neuroobrazowe, neuropsychologiczne)	2
			148	41; 42	realizacja wszystkich świadczeń jednostkowych w zakresie	2
			149	41; 42; 43;	realizacja programu	2

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
				44; 46	psychoterapeutycznego	
			150	41; 42; 43; 46; 47	realizacja programu opieki czynnej	2
			151	2	świadczenia ujęte w profilowany program terapii - np. programy leczenia pierwszego epizodu schizofrenii, leczenia zaburzeń odżywiania	2
			152	32	świadczenia ujęte w specjalny program terapii np. leczenia chorób afektywnych	2
			153	3; 7	udzielanie świadczeń ujętych w profilowane programy terapii	2
			154	1	udzielanie świadczeń ujętych w profilowane programy terapii np: leczenia chorób afektywnych, zaburzeń snu, leczenia depresji lekoopornej, interwencja kryzysowa, leczenie pierwszego epizodu schizofrenii	2
			155	34	wyspecjalizowany program terapii np. dla osób z autyzmem	2
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	156	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą warunki wymagane wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne liczby wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych
2. Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży
3. Świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie
4. Świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych
5. Świadczenia psychogeriatryczne
6. Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej
7. Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych
8. Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży
9. Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych
10. Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia
11. Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia
12. Świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich
13. Świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dorosłych
14. Świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży
15. Świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych
16. Świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży

17. Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu
18. Świadczenia w opiece domowej/ rodzinnej
19. Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji)
20. Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji)
21. Leczenie uzależnień stacjonarne
22. Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne
23. Krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych
24. Świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznym (podwójna diagnoza)
25. Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych
26. Świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza)
27. Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia
28. Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich
29. Świadczenia dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu
30. Świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu
31. Świadczenia w izbie przyjęć
32. Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych
33. Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych
34. Świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży
35. Świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
36. Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne
37. Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych
38. Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu
39. Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych
40. Świadczenia dzienne leczenia uzależnień
41. Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych
42. Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży
43. Leczenie nerwic
44. Świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia
45. Program terapii zaburzeń preferencji seksualnych
46. Świadczenia psychologiczne
47. Świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju
48. Leczenie środowiskowe (domowe)
49. Leczenie uzależnień
50. Świadczenia antynikotynowe
51. Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia
52. Świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży
53. Świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol
54. Program leczenia substytucyjnego

REHABILITACJA LECZNICZA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	35	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	4.3	fizjoterapeuta posiadający udokumentowane doświadczenie (nie mniej niż 1 rok) w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej	2
			2	4.7	lekarz specjalista chorób wewnętrznych lub lekarz specjalista kardiologii - zapewnienie konsultacji	4
			3	6	lekarz specjalista neurologii dziecięcej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	6
			4	5.13	lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii	3
			5	1	lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego	6
			6	4.2	lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub specjalista neurolog - zapewnienie konsultacji	4
			7	4.3	logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii	2
			8	6	neurologopeda	2
			9	5.4	logopeda posiadający specjalizację w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii	2
			10	6	pielęgniarki specjalistki lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub opieki długoterminowej lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych - równoważnik co najmniej 8 etatów przeliczeniowych na 15 łóżek	3
			11	6	psycholog posiadający specjalizację w dziedzinie psychologii klinicznej	2
			12	5.2	psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej	2

REHABILITACJA LECZNICZA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			13	4.2	psycholog kliniczny lub magister psychologii - nie mniej niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego	2
			14	4.3; 4.6; 5.4	psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej	2
			15	4.4	psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej posiadający trzyletni staż pracy z dziećmi z uszkodzeniem narządu słuchu - nie mniej niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	2
			16	4.5	psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z dysfunkcją narządu wzroku - nie mniej niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	2
			17	4.2; 4.3; 4.6, 4.7	specjalista w dziedzinie fizjoterapii - nie mniej niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego	2
			18	2; 5.2; 5.3; 5.4; 5.13	specjalista w dziedzinie fizjoterapii - nie mniej niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	2
			19	6	specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1 etatu na 15 łózek	2
			20	3	technik masażysta - nie mniej niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	2
			21	4.5	terapeuta widzenia lub instruktor orientacji przestrzennej lub inny terapeuta z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym lub metod wspierania rodziny (nie krótszym niż 1 rok) - studia pedagogiczne lub podyplomowe pedagogiczne - nie mniej niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego	2
			22	5.2	terapeuta zajęciowy	2
			23	4.2	terapeuta zajęciowy - nie mniej niż równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego	2
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących	24	6	aparat EEG - w miejscu	1
			25	4.2	sala gimnastyczna - w lokalizacji	5
			26	4.7	UGUL lub inny system spełniający jego rolę - w lokalizacji	1
			27	4.2	urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej	1

REHABILITACJA LECZNICZA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
		danego zakresu świadczeń			częstotliwości – w lokalizacji	
			28	2	urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu	1
			29	4.2; 4.3	wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji	1
			30	2	wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w miejscu	1
			31	4.3	zestaw do biostymulacji laserowej – w lokalizacji	1
			32	4.2	zestaw do kriostymulacji parami azotu – w lokalizacji	1
			33	2	zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu	1
Jakość – zewnętrzna ocena - systemy zarządzania	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	34	wszystkie zakresy	certyfiakat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			35	5.2; 5.3; 5.4; 5.13; 6	certyfiakat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			36	5.2; 5.3; 5.4; 5.13; 6	certyfiakat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			37	5.2; 5.3; 5.4; 5.13; 6	certyfiakat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			38	5.2; 5.3; 5.4; 5.13; 6	certyfiakat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
			39	1; 2; 4.2; 4.3; 4.4; 4.5; 4.6; 4.7	certyfiakat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfiakat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	40	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			41		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			42		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			43		obciążenie świadczeniobiorców	3

REHABILITACJA LECZNICZA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	
			44		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			45		niezasadne ordynowanie leków	1
			46		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			47		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			48		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			49		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			50		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			51		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			52		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			53		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	54	2	czas pracy poradni – co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 10 godzin dziennie	5
			55	3	czas pracy poradni - co najmniej 5 dni w tygodniu	5
Kompleksowość	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	56	5.2;5.3; 5.4; 5.13	gwarancja bezpośredniej kontynuacji usprawniania - sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami/ oddziałami szpitalnymi w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji	5
			57	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNMS01, RNMS02, RNMZ01, RNMZ02	5
			58	5.4	spełnienie warunków dodatkowo	5

REHABILITACJA LECZNICZA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNMS03, RNMS04, RNMZ03, RNMZ04	
			59	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNRS01, RNRS02, RNRZ01, RNRZ02	3
			60	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNRS03, RNRS04, RNRZ03, RNRZ04	3
			61	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNOS01, RNOZ01	2
			62	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNDS01, RNDZ01	5
			63	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNDS02, RNDZ02	3
			64	5.4	spełnienie warunków dodatkowo wymaganych dla realizacji świadczeń z grup: RNDS03, RNDZ03	3
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	65	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna
2. Fizjoterapia ambulatoryjna
3. Fizjoterapia domowa
- 4.2 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku / oddziale dziennym
- 4.3 Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku / oddziale dziennym
- 4.4 Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy
- 4.5 Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku
- 4.6 Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku / oddziale dziennym
- 4.7 Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku / oddziale dziennym

- 5.2 Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych
- 5.3 Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych
- 5.4 Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych
- 5.13 Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych
- 6. Leczenie dzieci ze śpiączką

LECZENIE STOMATOLOGICZNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru <i>kwalfikacje lekarzy określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i>	1	3a; 3b; 3c; 3i	czas pracy lekarzy dentystów specjalistów co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	5
			2		czas pracy lekarzy dentystów specjalistów co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	7
			3		czas pracy lekarzy dentystów specjalistów równy 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	11
		jedna odpowiedź do wyboru	4	3a, 3b	czas pracy lekarzy dentystów ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej, chirurgii stomatologicznej lub stomatologii dziecięcej powyżej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	5
		jedna odpowiedź do wyboru	5	3a; 3b; 3e; 3f; 3g; 3h	pozostały personel - co najmniej 50 % czasu pracy poradni	3
		jedna odpowiedź do wyboru	6	3j	pozostały personel	3
sprzęt i aparatura medyczna	15		7	3a; 3b; 3i	endometr – w miejscu	1
			8	3a; 3b; 3c; 3d; 3e; 3f; 3g; 3h; 3i	aparat RTG lub radiowizjograf - w lokalizacji	1
			9	3f	pantomograf – w lokalizacji	1
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	10	wszystkie zakresy	certyfiakat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			11		certyfiakat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfiakat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	12	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			13		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			14		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			15		obciążenie świadczeniobiorców	3

LECZENIE STOMATOLOGICZNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			16		kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	
			17		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			18		niezasadne ordynowanie leków	1
			19		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			20		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			21		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			22		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			23		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			24		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			25		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			26	3a, 3b, 3d-3g, 3i	stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – organizacja udzielania świadczeń	15	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	26	3a, 3b, 3d-3g, 3i	praca lekarza w sobotę przez 6 godzin, proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych	5
			27	3a, 3b, 3d-3g, 3i	praca lekarza w poradni w godzinach popołudniowych (do godziny 18) powyżej jednego dnia na każde 0,5 etatu przeliczeniowego	5
			28	3j	czas pracy poradni: 6 godzin dziennie 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18	5
			29	3j	czas pracy poradni: 6 godzin dziennie 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18, a w sobotę 5	5

LECZENIE STOMATOLOGICZNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					godzin	
Dostępność - dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	30	wszystkie zakresy	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			31		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			32		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	33	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

- 3a. Świadczenia ogólnostomatologiczne
- 3b. Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.
- 3c. Świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym
- 3d. Świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii
- 3e. Świadczenia protetyki stomatologicznej
- 3f. Świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.
- 3g. Świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki
- 3h. Świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej
- 3i. Świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na aids
- 3j. Program (ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki)

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNIIE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	25	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	1	co najmniej jedna pielęgniarka posiadająca specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego	1
			2	5; 6	fizjoterapeuta	3
			3	13	lekarz specjalista pediatrii w trakcie specjalizacji z diabetologii	6
			4	4	lekarz specjalista posiadający certyfikat szkolenia w zakresie domowego leczenia tlenem wydany przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	6
			5	5; 6; 11	mgr psycholog lub psycholog kliniczny	3
			6	2	równoważnik co najmniej jednego etatu - pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego	1
			7	9; 10	wszyscy lekarze - specjaliści w dziedzinie medycyny nuklearnej	6
			8	1; 2	wszyscy lekarze - specjaliści w dziedzinie nefrologii	3
			9	12	wszyscy lekarze - wyłącznie specjaliści w dziedzinach: medycyny nuklearnej, radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej	6
			10	5	wszystkie pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia pozajelitowego	3
			11	6	wszystkie pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego	3
			12	13; 14	wszystkie pielęgniarki: specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub posiadające ukończony kurs specjalistyczny w dziedzinie edukator w cukrzycy	2
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	13	4	co najmniej 50 koncentratorów tlenu (wg danych - portal świadczeniodawcy)	1
			14	9; 10	NMR – w lokalizacji	1
			15	1; 2	RTG umożliwiające wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji	1
			16	1; 2; 3; 9; 10	tomografia komputerowa - w lokalizacji	1
			17	1; 2	USG umożliwiające wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji	1
			18	4	wszystkie koncentratory tlenu nie starsze niż 5 lat (licząc od daty produkcji do dnia początku obowiązywania umowy)	4
Jakość- standardy postępowania	5	jedna lub więcej odpowiedzi w	19	2	odsetek osób zgłoszonych i zakwalifikowanych do przeszczepu nie mniejszy niż 7% osób dializowanych w	4

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
		zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń			stacji/ośrodka w poprzednim roku	
			20	10	system zarządzania jakością w zakresie świadczonych usług medycznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego	2
			21	10	program archiwizacji danych pacjenta - zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi	2
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	22	wszystkie zakresy	certyfi kat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			23		certyfi kat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfi kat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	24	5; 15; 16; 17; 18; 19	certyfi kat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	25	5; 15; 16; 17; 18; 19	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			26	5; 15; 16; 17; 18; 19	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	27	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			28		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			29		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			30		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			31		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			32		niezasadne ordynowanie leków	1
			33		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			34		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach	1

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	
			35		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			36		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			37		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			38		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			39		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			40		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	5	jedna odpowiedź do wyboru	41	10	czas pracy pracowni: co najmniej 5 godzin dziennie 5 dni w tygodniu	5
		jedna odpowiedź do wyboru	42	1; 2	całodobowy dyżur lekarsko-pielęgniarski	5
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych dla zakresu dializa otrzewnowa	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	43	1	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			44		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			45		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych dla zakresu hemodializoterapia	1	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	46	2	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane	2
			47	2	przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na	2

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					parterze	
			48		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Kompleksowość- poradnie / oddziały / pracownie dla zakresu żywienie dojelitowe	30	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	49	6	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 4500 Oddział chirurgiczny ogólny/ 4501 Oddział chirurgiczny dla dzieci – w lokalizacji	4
			50	6	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1050 Poradnia gastroenterologiczna /1051 Poradnia gastroenterologiczna dla dzieci – w lokalizacji	1
			50	6	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 4910 Blok operacyjny – w lokalizacji	6
Kompleksowość- poradnie / oddziały / pracownie dla zakresu leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej	5		51	17	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 1570 Poradnia neurochirurgiczna lub 1571 Poradnia neurochirurgiczna dla dzieci	5
Kompleksowość- poradnie / oddziały / pracownie	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	52	14	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego: 4020 Oddział diabetologiczny	2
			53	3	OAIT – w lokalizacji	2
			54	10	pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków - w miejscu	1
			55	2	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 4000 Oddział chorób wewnętrznych / 4401 Oddział pediatryczny	3
			56	1	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 4130 Oddział nefrologiczny / 4131 Oddział nefrologiczny dla dzieci – w lokalizacji	4
			57	2	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 4130 Oddział nefrologiczny / 4131 Oddział nefrologiczny dla dzieci	4
			58	2	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 4530 Oddział chirurgii naczyniowej / 4531 Oddział chirurgii naczyniowej dla dzieci	6

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			59	13	wpis w rejestrze - część VIII kodu resortowego: 4021 Oddział diabetologiczny dla dzieci	2
			60	9; 10	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 1030 Poradnia endokrynologiczna	2
			61	8	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 1210 poradnia genetyczna	2
			62	7	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 1650 Poradnia transplantologiczna /1651 Poradnia transplantologiczna dla dzieci	2
			63	1	wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego 4650 Oddział transplantologiczny/ 4651 Oddział transplantologiczny dla dzieci – w lokalizacji	1
			64	1; 5	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 4500 Oddział chirurgiczny ogólny/ 4501 Oddział chirurgiczny dla dzieci	4
			65	5	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1050 Poradnia gastroenterologiczna /1051 Poradnia gastroenterologiczna dla dzieci – w lokalizacji	1
			66	4	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1272 Poradnia chorób płuc, lub 1270 Poradnia gruźlicy i chorób płuc	2
			67	1; 2	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego: 1130 Poradnia nefrologiczna/ 1131 Poradnia nefrologiczna dla dzieci	4
			68	12	wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego: 1240 Poradnia onkologiczna	2
Kompleksowość – ustalone zasady współpracy	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	69	1; 2	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury) dotyczące kwalifikacji do przeszczepu	2
			70	1; 2	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury) dotyczące badania zgodności tkankowej	2
			71	1; 2	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury) dotyczące pobierania narządów	2
			72	1; 2	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury) dotyczące transplantologii	2

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Ciągłość	5		73	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. Dializa otrzewnowa
2. Hemodializoterapia
3. Terapia hiperbaryczna
4. Tlenoterapia w warunkach domowych
5. Żywnienie pozajelitowe w warunkach domowych
6. Żywnienie dojelitowe w warunkach domowych
7. Badania zgodności tkankowej
8. Badania genetyczne
9. Terapia izotopowa
10. Badania izotopowe
11. Zaopatrzenie protetyczne
12. Badanie metodą pozytonowej tomografii emisyjnej
13. Leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci
14. Leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych
15. Teleradioterapia stereotaktyczna
16. Kompleksowe leczenie sztywności wielostawowej
17. Leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej
18. Teleradioterapia protonowa
19. Domowa antybiotykoterapia dożylna

PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
jakość-personel	45	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	1	W etapie diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy – kwalifikacje - diagnosta laboratoryjny: specjalista cytomorfologii medycznej	10
			2	1	W etapie diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy – doświadczenie personelu w ocenie preparatów cytologii ginekologicznej – co najmniej 2 lata pracy w diagnostyce cytologii szyjki macicy i ocenienie co najmniej 10000 preparatów pod kontrolą lekarza specjalisty patomorfologa	5
			3	1	W etapie diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy – doświadczenie personelu w ocenie preparatów cytologii ginekologicznej – ocenianie co najmniej 7000 badań cytologicznych-ginekologicznych rocznie	10
			4	2	W etapie podstawowym programu profilaktyki raka piersi – kwalifikacje - lekarz specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	10
			5	2	W etapie podstawowym programu profilaktyki raka piersi – doświadczenie w ocenie mammografii - lekarz oceniający co najmniej 5000 mammografii skryningowych rocznie	10
			6	2	Odbycie przez każdego z techników elektroradiologów szkolenia w zakresie kontroli jakości w mammografii prowadzonego przez WOK w oparciu o program zatwierdzony przez COK lub prowadzonego przez PLTR, lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez PLTR lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez PLTR	5
			7	2	W etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi – kwalifikacje - lekarz specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	5
			8	4	dietetyk	3
			9	4	specjalista psychoterapii uzależnień	3
Jakość- aparatura i sprzęt	10	jedna odpowiedź do wyboru	10	2	W etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi - możliwość odczytu zarówno mammografii wykonanych techniką analogową (posiadanie negatoskopu spełniającego wymogi określone w rozporządzeniu) jak i cyfrową (posiadanie stanowiska opisowego dla lekarza spełniającego wymogi określone w rozporządzeniu)	10

PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość - jakość badań	10	jedna odpowiedź do wyboru jedna odpowiedź do wyboru	11	1	wykonywanie przez pracownię powyżej 15 tys. badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie	5
			12	1	długość oczekiwania na wynik badań- do 7 dni	5
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	13	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			14		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	15	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			16		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			17		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			18		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			19		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			20		nienależne ordynowanie leków	1
			21		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			22		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			23		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			24		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			25		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
26	udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3				

PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			27		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			28		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność - dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo (nie dotyczy zakresu 10.7940.159.02 PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni mobilnej)	5	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	29	wszystkie zakresy poza program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			30		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenia techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			31		Co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność - dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo (dotyczy zakresu 10.7940.159.02 PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni mobilnej)	5	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	32	dotyczy zakresu program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej)	wyposażenie mammobusu w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane	4
			33		wyposażenie mammobusu w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	1
Kompleksowość - kompleksowa realizacja programu badań prenatalnych	10	jedna odpowiedź do wyboru	34	3	świadczeniodawca zapewnia wykonywanie wszystkich procedur określonych w programie, zarówno z zakresu położnictwa i ginekologii, jak i genetyki, tj. - badanie ultrasonograficzne, - poradę genetyczną, - pobranie materiału do badań biochemicznych oraz dostęp do laboratorium spełniającego wymagania określony w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - amniopunkcję lub biopsję trofoblastu lub kordocentezę oraz dostęp do badań	10

PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					genetycznych określonych w programie	
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	35	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „zakres” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „treść”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „zakres” oznaczają odpowiednio:

- 1) Program profilaktyki raka szyjki macicy;
- 2) Program profilaktyki raka piersi;
- 3) Program badań prenatalnych;
- 4) Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc).

ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE (SPO)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	30	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	3.1; 3.2	lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii	5
			2	1.1 -1.3; 2.1-2.3	pielęgniarki - liczba odpowiadająca normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz.217, z późn. zm.).	4
			3	1.1 -1.3; 2.1-2.3	pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinach wymienionych w załączniku nr 4 część I ust. 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia SPO - łącznie 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń w zakładzie opiekuńczym	7
			4	3.1	pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii	7
			5	3.2	pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii lub pediatrii	7
			6	4	wszystkie zatrudnione pielęgniarki posiadają udokumentowane co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy w opiece w środowisku domowym, można również uwzględnić pracę w domu pomocy społecznej na stanowisku pielęgniarki (50% zatrudnionych pielęgniarek)	7
			7	4	wszystkie zatrudnione pielęgniarki posiadają ukończoną specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie wymienionej w załączniku nr 4 część III, pkt 1 rozporządzenia SPO (50% zatrudnionych pielęgniarek)	7
Jakość - sprzęt	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	8	1.3; 2.3	kardiomonitor	1
			9	1.1 -1.3; 2.1-2.3	urządzenie do hydroterapii	1
			10	3.1 - 4	samochód osobowy (gwarantowana gotowość użytkowania)	1
Jakość – warunki dotyczące pomieszczeń	5	jedna odpowiedź do wyboru	11	1.1 -1.3; 2.1-2.3	izolatka	2
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	12	1.1 – 4	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			13	1.1 – 2.3	certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			14	1.1 – 2.3	certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001	1

ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE (SPO)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			15	1.1 – 2.3	systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			16	1.1 – 2.3	certyfi kat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
					certyfi kat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	17	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			18		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			19		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			20		obciążenie świadczenioborców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			21		pobieranie nienależnych opłat od świadczenioborców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			22		niezasadne ordynowanie leków	1
			23		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			24		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			25		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			26		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			27		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			28		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			29		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			30		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność –	5	jedna lub	31	1.1 – 2.3	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu	2

ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE (SPO)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
dostęp dla osób niepełnosprawnych		więcej odpowiedzi do wyboru			zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	
			32	1.1 – 2.3	przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			33	1.1 – 2.3	co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	34		w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

- 1.1 Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy
- 1.2 Zakład Opiekuńczo - Lecznicy
- 1.3 Zakład Opiekuńczo Lecznicy dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie
- 2.1 Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy dla Dzieci i Młodzieży
- 2.2 Zakład Opiekuńczo - Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży
- 2.3 Zakład Opiekuńczo Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży Wentylowanych Mechanicznie
- 3.1 Zespół Długoterminowej Opieki Domowej dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie
- 3.2 Zespół Długoterminowej Opieki Domowej dla Dzieci i Młodzieży Wentylowanych Mechanicznie
- 4 Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA (OPH)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	30	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	1	lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek	8
			2	2.1	lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców	8
			3	2.2	lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej - wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 świadczeniobiorców	8
			4	3	lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej	5
			5	1	pielęgniarki - liczba odpowiadająca normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.)	3
			6	1	pielęgniarki z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej co najmniej 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	3
			7	2.1; 2.2; 3	pielęgniarka z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej	3
Jakość - sprzęt	10	Jedna odpowiedź do wyboru	8	2	samochód osobowy (gwarantowana gotowość użytkowania)	1
Jakość – warunki dotyczące pomieszczeń	10	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	9	1	pomieszczenia dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych z możliwością zapewnienia pacjentowi prawa do intymności (np. parawany)	2
			10	1	izolatka	2
			11	1	sala dziennego pobytu	2
			12	1	sale chorych 1-3 osobowe	2
			13	1	jadalnia	2
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	14	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			15	1	certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			16	1	certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			17	1	certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA (OPH)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			18	1	certyfiakat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			19	3	certyfiakat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfiakat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	20	wszystkie zakresy	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			21		niezasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			22		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			23		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			24		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			25		niezasadne ordynowanie leków	1
			26		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			27		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			28		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			29		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			30		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			31		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
32		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2			

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA (OPH)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			33		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – czas pracy poradni	5	jedna odpowiedź do wyboru	34	3	Czas pracy poradni – 2 dni w godzinach popołudniowych – do godz. 18.00	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	35	1, 3	podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2013 r. poz. 1409)	2
			36	1, 3	przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			37	1, 3	co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
			38	1	pomieszczenia dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych z możliwością zapewnienia pacjentowi prawa do intymności (np. parawany)	2
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	39	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. Oddział medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarne
- 2.1 Hospicjum domowe dla dorosłych
- 2.2 Hospicjum domowe dla dzieci
3. Poradnia medycyny paliatywnej

POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	L.P.	ZAKRES	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość – zewnętrzna ocena jakości	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	1	ŚWIADCZENIA UDZIELANE PRZEZ ZESPÓŁ SANITARNY TYPU „N”	certyfi­kat ISO 9001 systemu zarządza­nia jakością	5
Jakość - wyniki kontroli	-1	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	2		udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	3
			3		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			4		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			5		niezasadne ordynowanie leków	1
			6		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			7		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			8		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	1
			9		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	2
			10		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	3

POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY						
			11		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	3
Ciągłość	1	jedna odpowiedź do wyboru	12		w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	1
Cena	10	Cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy - obliczane zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2.				

LECZNICTWO UZDROWISKOWE (UZD)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	L. P.	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	20	jedna odpowiedź do wyboru	1	1 - 9	50% czasu pracy lekarzy ze specjalizacją z medycyny klinicznej - w miejscu	10
		udział czasu pracy lekarzy w miejscu z kwalifikacjami określonymi w zał. 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego	2	8	jeden dodatkowy przeliczeniowy etat lekarski na mniej niż 40 łóżek (pacjentów)	3
		jedna odpowiedź do wyboru	3	1-5	jeden dodatkowy przeliczeniowy etat lekarski na mniej niż 50 łóżek (pacjentów)	3
		liczba lekarzy o kwalifikacjach określonych w zał. 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w przeliczeniu na liczbę pacjentów	4	6-7	jeden dodatkowy przeliczeniowy etat lekarski na mniej niż 70 łóżek (pacjentów)	3
		jedna odpowiedź do wyboru	5	1-9	50% czasu pracy pielęgniarek ze specjalizacją - w miejscu	7
Jakość - sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia	10	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	6	4-9	preferowane pokoje z pełnym węzłem sanitarnym 1-osobowe – w miejscu	4
			7	3-9	preferowane pokoje z pełnym węzłem sanitarnym 2-osobowe – w miejscu	4
			8	1-2	preferowane pokoje z pełnym węzłem sanitarnym 3-osobowe i 4-osobowe – w miejscu	4
			9	2-3; 6-7; 9	instalacja przywoławcza w pokojach i łazienkach (w każdym pomieszczeniu)	3
			10	1-10	kompleksowo zmodernizowana cała baza zabiegowa (dot. pomieszczeń i urządzeń) po roku 2009	7

LECZNICTWO UZDROWISKOWE (UZD)						
			11	1-9	kompleksowa modernizacja/remont całej bazy hotelowej i żywieniowej (wraz z wyposażeniem) po 2009 roku	7
			12	1-9	zapewnienie pacjentowi możliwości zdeponowania bagażu i przebywania na terenie ZLU, w przypadku jego stawienia się na leczenie uzdrowiskowe przed godziną 14 w pierwszym dniu turnusu; po godzinie 12 ostatniego dnia turnusu	1
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	13	1-10	certyfiakat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			14	1-10	certyfiakat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfiakat OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy lub certyfiakat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			15	1-9	certyfiakat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	2
			16	1,4,5,8	certyfiakat akredytacyjny Ministra Zdrowia	3
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	17	1-10	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak zabiegów wykazanych w umowie/brak atestów lub przeglądów sprzętu i wyposażenia	1
			18	1-10	obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			19	1-10	pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			20	1-10	nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			21	1-10	udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			22	1-10	nieuzgodniona z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zmiana harmonogramu udzielania	2

LECZNICTWO UZDROWISKOWE (UZD)						
					świadczeń	
			23	1-10	przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			24	1-10	udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			25	1-10	niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	3
			26	1-10	stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – czas pracy	2	jedna odpowiedź do wyboru	27	1-9	wystawianie przez świadczeniodawcę niezrealizowanych skierowań w module systemowym „giełda”	2
Dostępność – brak barier dla osób niepełnosprawnych	10	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	28	1-9	pokoje dostosowane dla osób niepełnosprawnych ruchowo (również poruszających się na wózkach inwalidzkich)	3
			29	2-3; 6-7; 9	kompleksowe (baza hotelowa, zabiegowa, żywieniowa) dostosowanie dla osób niepełnosprawnych ruchowo (również poruszających się na wózkach inwalidzkich)	7
Kompleksowość – możliwość wykonywania zabiegów	13	jedna odpowiedź do wyboru	30	1-10	basen w lokalizacji	5
			31	2; 6-7; 9	baza hotelowa, żywieniowa i zabiegowa w miejscu	10
Kompleksowość – zabiegi	20	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	32	1-10	indywidualne ćwiczenia w basenie z wodą leczniczą	1
			33	1-10	zbiorowe ćwiczenia w basenie z wodą leczniczą	1
			34	1-10	kąpiel perełkowo - borowinowa	1
			35	1-10	inhalacje indywidualne pneumatyczne	1
			36	1-10	inhalacje indywidualne ultradźwiękowe - naturalne	1
			37	1-10	inhalacje indywidualne ultradźwiękowe - solankowe	1
			38	1-10	inhalacje w kabinie zabiegowej - celkowe	1
			39	1-10	inhalacje Schnitzlera	1
			40	1-10	inhalacje aerozolowo- wibracyjne	1
			41	1-10	zawijania lub okłady borowinowe częściowe	1
			42	1-10	zawijania lub okłady borowinowe całkowite	1
			43	1-10	fasony borowinowe	1
			44	1-10	maseczki borowinowe	1
			45	1-10	tampony borowinowe	1
			46	1-10	wlewy borowinowe doodbytnicze	1
			47	1-10	jontoforeza borowinowa	1
			48	1-10	sucha kąpiel kwasowęglowa w naturalnym CO2	1
			49	1-10	kąpiel borowinowa	1
			50	1-10	kąpiel solankowa częściowa	1
			51	1-10	kąpiel solankowa całkowita	1
52	1-10	kąpiel solankowo - borowinowa	1			

LECZNICTWO UZDROWISKOWE (UZD)						
				częściowa		
			53	1-10	kąpiel solankowo - borowinowa całkowita	1
			54	1-10	kąpiel kwasowęglowa	1
			55	1-10	kąpiel siarczkowa	1
			56	1-10	kąpiel siarkowodorowa	1
			57	1-10	kąpiel fluorkowo-siarkowa	1
			58	1-10	kąpiel radonowo-siarkowa	1
			59	1-10	kąpiel w zawiesinie borowinowej	1
			60	1-10	kąpiel jodobromowa	1
			61	1-10	kąpiel radonowa w wodzie radoczynnej	1
			62	1-10	płukanie jamy ustnej wodą leczniczą	1
			63	1-10	płukanie przyzębia wodą leczniczą	1
			64	1-10	płukanie oka wodą leczniczą	1
			65	1-10	krenoterapia (kuracja pitna - wody lecznicze)	1
			66	1-10	galwanoborowina	1
			67	1-10	inhalacja solankowa w mikroklimacie okołoteźniowym	1
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	68	1-9	turnusy następujące po sobie przez cały rok	2
			69	3-9	równomierne rozłożenie liczby skierowań w turnusach lub zwiększona liczba skierowań w turnusach od maja do września	3
			70	1-2	równomierne rozłożenie liczby skierowań w turnusach lub zwiększona liczba skierowań w turnusach w zimowej i letniej przerwie szkolnej	3
			71	1-10	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	1
Cena	15	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „Zakres” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „Treść”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „Zakres” oznaczają odpowiednio:

1. UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DZIECI W WIEKU OD 3 DO 18 LAT
2. UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE DZIECI W WIEKU OD 7 DO 18 LAT
3. UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE DZIECI W WIEKU OD 3 DO 6 LAT POD OPIEKĄ DOROSŁYCH
4. UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DOROSŁYCH
5. UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE DOROSŁYCH URZĄDZONYM PODZIEMNYM WYROBISKU GÓRNICZYM
6. UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE DOROSŁYCH
7. UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE DOROSŁYCH URZĄDZONYM PODZIEMNYM WYROBISKU GÓRNICZYM
8. UZDROWISKOWA REHABILITACJA DLA DOROSŁYCH W SZPITALU UZDROWISKOWYM
9. UZDROWISKOWA REHABILITACJA DLA DOROSŁYCH W SANATORIUM UZDROWISKOWYM
10. UZDROWISKOWE LECZENIE AMBULATORIJNE DOROSŁYCH I DZIECI

RATOWNICTWO MEDYCZNE (RTM)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	L.P.	ZAKRES [1]	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość – personel - procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie	16	jedna odpowiedź do wyboru	1	2, 4, 6, 8	procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie, będzie w skali każdego miesiąca obowiązywania umowy wynosił [2]:	
			2		mniej niż 5%	0
			3		minimum 5%	0,8
			4		minimum 10%	1,6
			5		minimum 15%	2,4
			6		minimum 20%	3,2
			7		minimum 25%	4
			8		minimum 30%	4,8
			9		minimum 35%	5,6
			10		minimum 40%	6,4
			11		minimum 45%	7,2
			12		minimum 50%	8
			13		minimum 55%	8,8
			14		minimum 60%	9,6
			15		minimum 65%	10,4
			16		minimum 70%	11,2
			17		minimum 75%	12
			18		minimum 80%	12,8
			19		minimum 85%	13,6
			20		minimum 90%	14,4
			21		minimum 95%	15,2
			22		100%	16
Jakość – personel – procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz posiadają specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie, będzie w skali każdego miesiąca obowiązywania umowy wynosił [2]:	12	jedna odpowiedź do wyboru	23	2, 4, 6, 8	procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz posiadają specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie, będzie w skali każdego miesiąca obowiązywania umowy wynosił [2]:	
			24		mniej niż 5%	0
			25		minimum 5%	0,6
			26		minimum 10%	1,2
			27		minimum 15%	1,8
			28		minimum 20%	2,4
			29		minimum 25%	3
			30		minimum 30%	3,6
			31		minimum 35%	4,2

RATOWNICTWO MEDYCZNE (RTM)						
września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.), w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie			32		minimum 40%	4,8
			33		minimum 45%	5,4
			34		minimum 50%	6
			35		minimum 55%	6,6
			36		minimum 60%	7,2
			37		minimum 65%	7,8
			38		minimum 70%	8,4
			39		minimum 75%	9
			40		minimum 80%	9,6
			41		minimum 85%	10,2
			42		minimum 90%	10,8
			43		minimum 95%	11,4
			44		100%	12
Jakość – personel - procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej lub posiadają specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie	8	jedna odpowiedź do wyboru	45	2, 4, 6, 8	procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej lub posiadają specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie, będzie w skali każdego miesiąca obowiązywania umowy wynosił [2]:	
			46		mniej niż 5%	0
			47		minimum 5%	0,4
			48		minimum 10%	0,8
			49		minimum 15%	1,2
			50		minimum 20%	1,6
			51		minimum 25%	2
			52		minimum 30%	2,4
			53		minimum 35%	2,8
			54		minimum 40%	3,2
			55		minimum 45%	3,6
			56		minimum 50%	4
			57		minimum 55%	4,4
58	minimum 60%	4,8				
59	minimum 65%	5,2				
60	minimum 70%	5,6				
61	minimum 75%	6				
62	minimum 80%	6,4				
63	minimum 85%	6,8				
64	minimum 90%	7,2				
65	minimum 95%	7,6				
66	100%	8				
Jakość – personel - czas pracy lekarzy wykazanych w ofercie	4	jedna odpowiedź do wyboru	67	2, 4, 6, 8	procentowy udział łącznego czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy, których średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11 godzinną przerwą w pracy, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie, będzie w skali każdego miesiąca obowiązywania umowy	

RATOWNICTWO MEDYCZNE (RTM)						
			68		wynosił [3]:	
			69		mniej niż 5%	0
			70		minimum 5%	0,2
			71		minimum 10%	0,4
			72		minimum 15%	0,6
			73		minimum 20%	0,8
			74		minimum 25%	1
			75		minimum 30%	1,2
			76		minimum 35%	1,4
			77		minimum 40%	1,6
			78		minimum 45%	1,8
			79		minimum 50%	2
			80		minimum 55%	2,2
			81		minimum 60%	2,4
			82		minimum 65%	2,6
			83		minimum 70%	2,8
			84		minimum 75%	3
			85		minimum 80%	3,2
			86		minimum 85%	3,4
			87		minimum 90%	3,6
			88		minimum 95%	3,8
					100%	4
Jakość – personel - czas pracy nielekarskiego personelu medycznego wykazanego w ofercie	2	jedna odpowiedź do wyboru	89	1 - 8	procentowy udział łącznego czasu pracy wykazanego w ofercie nielekarskiego personelu medycznego, którego średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11 godzinną przerwą w pracy, w łącznym czasie pracy całego nielekarskiego personelu medycznego wykazanego w ofercie, będzie w skali każdego miesiąca obowiązywania umowy wynosił [4]:	
			90		mniej niż 5%	0
			91		minimum 5%	0,1
			92		minimum 10%	0,2
			93		minimum 15%	0,3
			94		minimum 20%	0,4
			95		minimum 25%	0,5
			96		minimum 30%	0,6
			97		minimum 35%	0,7
			98		minimum 40%	0,8
			99		minimum 45%	0,9
			100		minimum 50%	1
			101		minimum 55%	1,1
			102		minimum 60%	1,2
			103		minimum 65%	1,3
			104		minimum 70%	1,4
			105		minimum 75%	1,5
			106		minimum 80%	1,6
			107		minimum 85%	1,7
			108		minimum 90%	1,8
			109		minimum 95%	1,9
			110		100%	2
Jakość – zewnętrzna ocena jakości	2	jedna lub więcej odpowiedzi	111	1 - 8	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2

RATOWNICTWO MEDYCZNE (RTM)						
		do wyboru				
Jakość - wyniki kontroli	-1	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	112	1 - 8	udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	3
			113		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			114		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			115		niezasadne ordynowanie leków	1
			116		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			117		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			118		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	1
			119		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	2
			120		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	3
			121		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	3
			Kompleksowość - posiadanie systemu wspomagania dowodzenia obejmującego wszystkie oferowane zespoły ratownictwa medycznego		4	jedna odpowiedź do wyboru
Ciągłość – posiadanie działającego systemu teletransmisji EKG obejmującego wszystkie oferowane zespoły ratownictwa medycznego	4	jedna odpowiedź do wyboru	123	1 - 8	dysponowanie we wszystkich zespołach ratownictwa medycznego działającym systemem transmisji zapisu EKG (12 odprowadzeń), w ramach współpracy odpowiednio do oddziałów wykonujących przezskórne interwencje wieńcowe (PCI) i leczenie trombolityczne i/lub SOR – powyższa współpraca powinna zostać potwierdzona stosowną umową [6]	4

RATOWNICTWO MEDYCZNE (RTM)						
Ciągłość – realizacja procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń na podstawie umowy zawartej z Funduszem	1	jedna odpowiedź do wyboru	124	1 - 8	w dniu złożenia oferty oferent realizuje proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń na całym terytorium rejonu operacyjnego, którego dotyczy postępowanie, zdefiniowanym zgodnie z krajowym rejestrem urzędowym podziału terytorialnego kraju (TERYT)	1
Cena – całodobowe zespoły naziemne	0,6	Wartość określona przez oferenta	125	1, 2	Cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2.	
Cena – zespoły czasowe i wodne	0,3	Wartość określona przez oferenta	126	3 - 8	Cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2.	

[1] W kolumnie „Zakres” określono zakresy świadczeń, których dotyczy poziom skalujący wskazany w kolumnie „Poziom skalujący”.

Poszczególne kody wskazane w kolumnie „Zakres” oznaczają odpowiednio:

1. świadczenia udzielane przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (16.9112.032.08);
2. świadczenia udzielane przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (16.9114.032.08);
3. świadczenia udzielane przez wodne podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (16.9152.032.08);
4. świadczenia udzielane przez wodne specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (16.9154.032.08);
5. świadczenia udzielane czasowo przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (16.9113.032.08);
6. świadczenia udzielane czasowo przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (16.9115.032.08);
7. świadczenia udzielane czasowo przez wodne podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (16.9153.032.08);
8. świadczenia udzielane czasowo przez wodne specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (16.9155.032.08).

[2] Odpowiedź należy wybrać na podstawie wyliczenia dokonanego zgodnie z następującym wzorem:

$$p = x / y * 100\%$$

gdzie:

p - procentowy udział czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy o danych kwalifikacjach, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie;

x - łączny średniotygodniowy czas pracy wykazanych w ofercie lekarzy o danych kwalifikacjach;

y - łączny średniotygodniowy czas pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie.

Należy mieć na uwadze, iż na potrzeby powyższego wyliczenia każdy z lekarzy wykazanych w ofercie może zostać przydzielony maksymalnie do jednej z następujących grup:

- lekarze posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- lekarze, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz posiadają specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- lekarze, którzy ukończyli co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej lub posiadają specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie wymienionej w art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- pozostali lekarze.

Jeżeli kwalifikacje lekarza pozwalają na przydzielenie go do więcej niż jednej grupy, należy przydzielić danego lekarza do tej z tych grup, która została wymieniona jako pierwsza w powyższym zestawieniu. Na potrzeby dokonywania wyliczeń żaden z lekarzy wykazanych w ofercie nie może zostać przydzielony do więcej niż jednej ze wskazanych powyżej grup.

[3] Odpowiedź należy wybrać na podstawie wyliczenia dokonanego zgodnie z następującym wzorem:

$$p = x / y * 100\%$$

gdzie:

p - procentowy udział łącznego czasu pracy wykazanych w ofercie lekarzy, których średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11-godzinną przerwą w pracy, w łącznym czasie pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie;

x - łączny średniotygodniowy czas pracy wykazanych w ofercie lekarzy, których średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11-godzinną przerwą w pracy;

y - łączny średniotygodniowy czas pracy wszystkich lekarzy wykazanych w ofercie.

[4] Odpowiedź należy wybrać na podstawie wyliczenia dokonanego zgodnie z następującym wzorem:

$$p = x / y * 100\%$$

gdzie:

p - procentowy udział łącznego czasu pracy wykazanego w ofercie nielekarzkiego personelu medycznego, którego średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11 godzinną przerwą w pracy, w łącznym czasie pracy całego nielekarzkiego personelu medycznego wykazanego w ofercie;

x - łączny średniotygodniowy czas pracy wykazanego w ofercie nielekarzkiego personelu medycznego, którego średniotygodniowy czas pracy będzie mieścił się w przedziale od 12 do 72 godzin, a ciągły czas pracy nie przekroczy 24 godzin i za każdym razem zostanie poprzedzony przynajmniej 11 godzinną przerwą w pracy;

y - łączny średniotygodniowy czas pracy całego nielekarzkiego personelu medycznego wykazanego w ofercie.

[5] Dokładny opis parametru określony w odpowiednich przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Uzyskanie punktacji w ramach parametru jest możliwe wyłącznie w przypadku spełnienia wymogów w stosunku do wszystkich zespołów ratownictwa medycznego mających funkcjonować w rejonie operacyjnym, którego dotyczy postępowanie, bez względu na zakres świadczeń.

Dopuszcza się przyznanie punktacji ofercie w ramach parametru w sytuacji, gdy system zostanie udostępniony przez wojewodę świadczeniodawcy wyłonionemu w toku postępowania. Jeżeli system, który ma zostać udostępniony przez wojewodę spełnia w całości wymagania stawiane w ramach parametru oceny, wówczas punktację przyznaje się wszystkim ofertom biorącym udział w postępowaniu. Jeżeli system, który ma zostać udostępniony przez wojewodę tylko w części spełnia wymagania stawiane w ramach parametru oceny, wówczas punktację przyznaje się tym ofertom, które zapewniają spełnienie tych wymogów stawianych w ramach parametru oceny, które nie są spełniane przez system, który ma zostać udostępniony przez wojewodę.

[6] Uzyskanie punktacji w ramach parametru jest możliwe wyłącznie w przypadku spełnienia wymogów w stosunku do wszystkich zespołów ratownictwa medycznego mających funkcjonować w rejonie operacyjnym, którego dotyczy postępowanie, bez względu na zakres świadczeń.

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru	1	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 4 etatów	8
			2	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 2 etatów	6
			3	czas pracy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków	pielęgniarka - powyżej równoważnika 6 etatów	6
			4	czas pracy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków	pielęgniarka - powyżej równoważnika 3 etatów	4
			5	udział personelu pielęgniarskiego wg minimalnych norm zatrudnienia wg rozporządzenia MZ	zapewnienie opieki pielęgniarskiej w sposób odpowiadający normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.)	4
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	6	czas pracy pozostałego personelu medycznego	dostęp do psychologa klinicznego równoważnik 1/2 etatu i więcej	2
			7		dostęp do psychologa klinicznego poniżej równoważnika 1/2 etatu	1
			8		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	2
			9		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu) i technik farmacji pod nadzorem farmaceuty (równoważnik co najmniej 1 etatu);	1
					certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	10	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2	
			11	certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1	
			12	certyfikat OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1	
			13	certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1	
			14	certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1	
Jakość – zewnętrzna	6	jedna odpowiedź do	15			

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM								
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH		
1	2	3	4	5	6	7		
ocena – akredytacja Ministra Zdrowia		wyboru						
		jedna odpowiedź do wyboru	16				spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			17				spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	18		prowadzenie badań PPS (Punktowe Badania Epidemiologiczne, ang. <i>Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections</i>) w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków	3		
			19			Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych posiada specjalizację z mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii	3	
			20			Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych do pełnienia tej funkcji jest zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym 1 etatowi przeliczeniowemu na 1000 łóżek	3	
			21			Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza okresową (coroczną) analizę mikrobiologiczną oddziałów w postaci raportu w oparciu o zalecenia konsultanta krajowego ds. mikrobiologii dostępnej na stronie internetowej Centralnego Ośrodka Badania Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej	1	
			22			Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące bezpośredniej obserwacji procedury higieny rąk personelu medycznego	1	
			23			Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala	1	

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			24		wyniki dotyczące oceny ilości środka do dezynfekcji rąk zużywanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na liczbę, osobodni	
			25		szpital zapewnia izolację pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażeniem lub nosicielstwem szczepów drobnoustrojów stwarzających szczególne zagrożenie w sali z własnym węzłem sanitarnym	1
			26		szpital posiada i stosuje własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołooperacyjnej, aktualizowanej nie rzadziej niż co 2 lata	2
			27		szpital posiada i stosuje własny program racjonalnej polityki antybiotykowej, zgodnie z rekomendacjami Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, aktualizowany nie rzadziej niż co 2 lata	1
			28		szpital w ramach Programu racjonalnej polityki antybiotykowej, wskazał osobę pełniącą funkcję konsultanta ds. antybiotykoterapii, posiadającą specjalizację w dziedzinie mikrobiologia lekarska lub choroby zakaźne	2
		jedna odpowiedź do wyboru	29		monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie zgłaszania do Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, z linią dożylną, u których zastosowano antybiotyki	2
					monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie weryfikacji odnotowanej w dokumentacji medycznej na podstawie przeglądu dokumentacji zgłaszanych przez oddziały pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, u których wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	3

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			30		monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie codziennego przeglądu odnotowanej w dokumentacji medycznej przez pielęgniarkę epidemiologiczną pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, dla ustalenia, czy wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano antybiotyki	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	31		udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			32		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			33		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			34		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			35		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			36		niezasadne ordynowanie leków	1
			37		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			38		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			39		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			40		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			41		przedstawienie danych	2

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			42		niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	
			43		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			44		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
					stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych,	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	45		podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			46		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			47		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	20	jedna odpowiedź do wyboru	48	dostęp do poradni o profilu onkologicznym	występuje w podmiocie i ofercie	4
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	49	diagnostyka w lokalizacji udzielenia świadczeń	CT	1
			50		USG	1
			51		mammografia	1
			52		RTG	1
			53		scyntygrafia	1
			54		badania endoskopowe	1
			55		oznaczanie markerów nowotworowych	1
			56		badanie histopatologiczne	1
			57		morfologia krwi i diagnostyka biochemiczna	1
			58		badanie cytomorfologiczne	1
			59		badanie cytochemiczne	1
			60		badanie immunofenotypowe szpiku	1
		jedna odpowiedź do wyboru	61	przygotowywanie indywidualnych dawek leków	przygotowywanie przez farmaceutę lub technika farmacji pod nadzorem farmaceuty,	5

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE STACJONARNYM							
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA.	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH	
1	2	3	4	5	6	7	
					indywidualnych dawek leków cytostatycznych i/lub podpisana umowa na przygotowywanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych z apteką zorganizowaną zgodnie z wymogami Prawa Farmaceutycznego.		
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	62	ustalone zasady współpracy	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotami prowadzącymi opiekę paliatywną/ hospicyjną	1	
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	63	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie		5	
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.					

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM							
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKOWYCH	
1	2	3	4	5	6	7	
Jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 3 etatów	8	
			2	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 1 etatów	6	
			3	czas pracy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania substancji aktywnych w chemioterapii	pielęgniarka - powyżej równoważnika 6 etatów	6	
			4	czas pracy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania substancji aktywnych w chemioterapii	pielęgniarka - powyżej równoważnika 3 etatów	4	
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	5	czas pracy pozostałego personelu medycznego	dostęp do psychologa klinicznego równoważnik 1/2 etatu i więcej	2	
			6		dostęp do psychologa klinicznego poniżej równoważnika 1/2 etatu	1	
			7		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	2	
			8		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu) i technik farmacji pod nadzorem farmaceuty(równoważnik co najmniej 1 etatu);	1	
		Jakość – zewnętrzna ocena - systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	9	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
					10	certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
11	certyfikat OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy				1		
12	certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji				1		
13	certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności				1		
Jakość – zewnętrzna ocena - akredytacja Ministra	6	Jedna odpowiedź do wyboru	14	certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6		
		Jedna odpowiedź do	15	spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia	2		

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Zdrowia		wyboru			w przedziale powyżej 80%	
			16		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	17		udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			18		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			19		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			20		obciążenie świadczenioborców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			21		pobieranie nienależnych opłat od świadczenioborców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			22		niezasadne ordynowanie leków	1
			23		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			24		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			25		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			26		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			27		przedstawienie danych	2

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			28		niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	
			29		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			30		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
					stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	31		podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			32		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			33		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	15	jedna odpowiedź do wyboru	34	oferowana liczba dni udzielania świadczeń w tygodniu	7 dni	5
					6 dni	2
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	35	diagnostyka w lokalizacji udzielenia świadczeń	CT	1
			36		USG	1
			37		mammografia	1
			38		RTG	1
			39		scyntygrafia	1
			40		badania endoskopowe	1
			41		oznaczanie markerów nowotworowych	1
			42		badanie histopatologiczne	1
			43		morfologia krwi i diagnostyka biochemiczna	1
			44		badanie cytomorfologiczne	1
			45		badanie cytochemiczne	1

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM							
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW JEDNOSTKOWYCH	
1	2	3	4	5	6	7	
			46		badanie immunofenotypowe szpiku	1	
		jedna odpowiedź do wyboru	47	przygotowywanie indywidualnych dawek leków	przygotowywanie przez farmaceutę lub technika farmacji pod nadzorem farmaceuty, indywidualnych dawek leków cytostatycznych i/lub podpisana umowa na przygotowywanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych z apteką zorganizowaną zgodnie z wymogami Prawa Farmaceutycznego.	5	
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	48	ustalone zasady współpracy	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotami prowadzącymi opiekę paliatywną/ hospicyjną	1	
Ciągłość	5		49	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie		5	
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.					

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE AMBULATORYJNYM								
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH		
1	2	3	4	5	6	7		
Jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru	1	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 3 etatów	8		
			2	czas pracy lekarzy specjalistów	lekarz specjalista - powyżej równoważnika 1 etatów	6		
			3	czas pracy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków	pielęgniarka - powyżej równoważnika 3 etatów	6		
			4	czas pracy pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków	pielęgniarka - powyżej równoważnika 1 etatów	4		
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	5	czas pracy pozostałego personelu medycznego	5	dostęp do psychologa klinicznego	równoważnik 1/2 etatu i więcej	2
			6		dostęp do psychologa klinicznego	poniżej równoważnika 1/2 etatu	1	
			7		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	2		
			8		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu) i technik farmacji pod nadzorem farmaceuty (równoważnik co najmniej 1 etatu)	1		
Jakość – zewnętrzna ocena - systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	9		certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2		
			10		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1		
			11		certyfikat OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1		
			12		certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1		
			13		certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1		
Jakość – zewnętrzna ocena – akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	14		certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6		
		jedna odpowiedź do wyboru	15		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2		
			16		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4		
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	17		udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie	1		

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE AMBULATORYJNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					(brak atestów lub przeglądów)	
			18		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			19		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			20		obciążenie świadczenioborców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			21		pobieranie nienależnych opłat od świadczenioborców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			22		niezasadne ordynowanie leków	1
			23		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			24		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			25		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			26		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			27		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			28		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			29		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			30		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych,	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	31		podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			32		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch	2

LECZENIE SZPITALNE – CHEMIOTERAPIA W TRYBIE AMBULATORYJNYM						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			33		kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	
					co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	15	jedna odpowiedź do wyboru	34	oferowana liczba dni udzielania świadczeń w tygodniu	7 dni	5
			35		6 dni	2
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	15	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	36	diagnostyka w lokalizacji udzielenia świadczeń	USG	1
			37		RTG	1
			38		markery nowotworowe	1
			39		badania laboratoryjne i badania mikrobiologiczne	1
		40	przygotowywanie indywidualnych dawek leków	przygotowywanie przez farmaceutę lub technika farmacji pod nadzorem farmaceuty, indywidualnych dawek leków cytostatycznych i/lub podpisana umowa na przygotowywanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych z apteką zorganizowaną zgodnie z wymogami Prawa Farmaceutycznego.	5	
		41	ustalone zasady współpracy	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotami prowadzącymi opiekę paliatywną/ hospicyjną	1	
Ciągłość	5		42	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5	
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

LECZENIE SZPITALNE – TERAPEUTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru	1	czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie określonej w opisie programu, wyższy od wymaganego określonego w zał. 3 do materiałów informacyjnych PT	lekarz specjalista – co najmniej równoważnik 4 etatów	8
			2		lekarz specjalista – równoważnik 2 etatów	6
			3		lekarz specjalista – równoważnik 1 etatów	3
			4	czas pracy pielęgniarek wyższy od wymaganego określonego w zał. 3 do materiałów informacyjnych PT	pielęgniarka - co najmniej równoważnik 4 etatów	4
			5		pielęgniarka - równoważnik 3 etatów	3
			6		pielęgniarka - równoważnik 1 etatu	2
			7	czas pracy personelu pielęgniarskiego wg minimalnych norm zatrudnienia wg rozporządzenia MZ	zapewnienie opieki pielęgniarskiej w sposób odpowiadający normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.)	2
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	8	czas pracy pozostałego personelu medycznego	dostęp do psychologa klinicznego równoważnik 1/2 etatu i więcej	2
			9		dostęp do psychologa klinicznego poniżej równoważnika 1/2 etatu	1
			10		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	2
			11		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu) i technik farmacji pod nadzorem farmaceuty(równoważnik co najmniej 1 etatu)	1
			12		fizjoterapeuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	1
Jakość – zewnętrzna ocena – systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	13		certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			14		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			15		certyfikat OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			16		certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
			17		certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności	1
Jakość – wewnętrzna ocena	6	jedna odpowiedź do wyboru	18		certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6

LECZENIE SZPITALNE – TERAPEUTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
– akredytacja Ministra Zdrowia		jedna odpowiedź do wyboru	19		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			20		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	21		udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			22		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			23		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			24		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			25		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			26		niezasadne ordynowanie leków	1
			27		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			28		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			29		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			30		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2

LECZENIE SZPITALNE – TERAPEUTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			31		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			32		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			33		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			34		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	35		podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (tekst jednolity Dz. U. 2013.1409)	2
			36		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			37		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	10	jedna odpowiedź do wyboru w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	38	oferowana liczba dni udzielania świadczeń w tygodniu	5- i powyżej 5 dni	5
			39		3-4 dni	2
			40		2 dni	1
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	20	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	41	diagnostyka w lokalizacji udzielenia świadczeń	NMR	1
			42		CT	1
			43		USG	1
			44		echo serca	1
			45		mammografia	1
			46		RTG	1
			47		EKG	1
			48		EMG	1
			49		ECHO lub MUGA(scyntygrafia bramkowana serca)	1
			50		scyntygrafia	1

LECZENIE SZPITALNE – TERAPEUTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			51		scyntygrafia perfuzyjna płuc	1
			52		badania endoskopowe	1
			53		badania genetyczne	1
			54		potencjały wywołane (WPW)	1
			55		dializoterapia	1
			56		densytometria	1
			57		spiroergometria	1
			58		spirometria	1
			59		testy czynnościowe płuc (w tym pletyzmografia)	1
			60		badanie histopatologiczne	1
			61		badanie immunohistochemiczne	1
			62		diagnostyka biochemiczna (np biomarkery - troponina, NT-pro-BNP)	1
			63		markery nowotworowe	1
			64		badania hormonalne (np. oznaczanie poziomu hormonów)	1
			65		badania hematologiczne (np morfologia krwi, FAG, ocena układu krzepnięcia)	1
			66		badanie wirusologiczne	1
			67		oligoklonalne Ig ww płynie M-R	1
			68		badanie mikrobiologiczne	1
			69		badanie bakteriologiczne	1
			70		biopsja lub trepanobiopsja szpiku	1
			71		badanie immunofenotypowe szpiku	1
			72		badania cytogenetyczne	1
			73		badania cytomorfologiczne	1
			74		badania cytochemiczne	1
			75		badanie molekularne	1
			76		koagulogram	1
			77		test na antykoagulant	1
			78		oznaczanie miana antykoagulantu w jedn. Bethesda	1
			79		badania immunologiczne(panel autoimmunologiczny)	1
			80		badania serologiczne	1
			81		audiogram	1
			82		badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej	1
		jedna odpowiedź do wyboru	83	przygotowywanie indywidualnych dawek leków	Przygotowywanie przez farmaceutę lub technika farmacji pod nadzorem farmaceuty, indywidualnych dawek leków cytostatycznych i/lub podpisana umowa na przygotowywanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych z apteką zorganizowaną zgodnie z wymogami Prawa	5

LECZENIE SZPITALNE – TERAPEUTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE							
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH	
1	2	3	4	5	6	7	
					Farmaceutycznego.		
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	84	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie		5	
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.					

LECZENIE SZPITALNE – PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	40	jedna odpowiedź do wyboru	1	czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie określonej w opisie programu, wyższy od wymaganego określonego w zał. 3 do materiałów informacyjnych PT	lekarz specjalista – co najmniej równoważnik 4 etatów	8
			2		lekarz specjalista – równoważnik 2 etatów	6
			3		lekarz specjalista – równoważnik 1 etatów	3
			4	czas pracy pielęgniarek wyższy od wymaganego określonego w zał. 3 do materiałów informacyjnych PT	pielęgniarka - co najmniej równoważnik 4 etatów	4
			5		pielęgniarka - równoważnik 3 etatów	3
			6		pielęgniarka - równoważnik 1 etatu	2
			7	czas pracy personelu pielęgniarskiego wg minimalnych norm zatrudnienia wg rozporządzenia MZ	zapewnienie opieki pielęgniarskiej w sposób odpowiadający normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.)	2
		jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	8	czas pracy pozostałego personelu medycznego	dostęp do psychologa klinicznego równoważnik 1/2 etatu i więcej	2
			9		dostęp do psychologa klinicznego poniżej równoważnika 1/2 etatu	1
			10		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	2
			11		farmaceuta (równoważnik co najmniej 1 etatu) i technik farmacji pod nadzorem farmaceuty (równoważnik co najmniej 1 etatu)	1
			12		fizjoterapeuta (równoważnik co najmniej 1 etatu)	1
Jakość – zewnętrzna ocena - systemy zarządzania	4	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	13		certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			14		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego	1
			15		certyfikat OHSAS 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy	1
			16		certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1

LECZENIE SZPITALNE – PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w ocenie)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZA	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			17		certyfi­kat ISO 22000 systemu zarządza­nia bezpie­czeństwem żywności	1
Jakość – zewnętrzna ocena - akredytacja Ministra Zdrowia	6	jedna odpowiedź do wyboru	18		certyfi­kat akredytacyjny Ministra Zdrowia	6
		jedna odpowiedź do wyboru	19		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 80%	2
			20		spełnienie standardów akredytacyjnych Ministra Zdrowia w przedziale powyżej 90%	4
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	21		udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	1
			22		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			23		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			24		obciążenie świadczenioborców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			25		pobieranie nienależnych opłat od świadczenioborców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			26		niezasadne ordynowanie leków	1
			27		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			28		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			29		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			30		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			31		przedstawienie danych niezgodnych	2

LECZENIE SZPITALNE – PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			32		ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	
			33		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			34		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
					stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność – dostęp dla osób niepełnosprawnych	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	35		podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2013 r. poz. 1409)	2
			36		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2
			37		co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność – harmonogram czasu pracy	10	jedna odpowiedź do wyboru w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	38	oferowana liczba dni udzielania świadczeń w tygodniu (dotyczy poradni)	5- i powyżej 5 dni	5
			39		3-4 dni	2
			40		2 dni	1
Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów	20	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	41	diagnostyka w lokalizacji udzielenia świadczeń	NMR	1
			42		CT	1
			43		USG	1
			44		echo serca	1
			45		mammografia	1
			46		RTG	1
			47		EKG	1
			48		EMG	1
			49		ECHO lub MUGA (scyntygrafia bramkowana serca)	1
			50		scyntygrafia	1
			51		scyntygrafia perfuzyjna płuc	1
			52		badania endoskopowe	1
			53		badania genetyczne	1
			54		potencjały wywołane (WPW)	1
			55		dializoterapia	1

LECZENIE SZPITALNE – PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			56		densytometria	1
			57		spiroergometria	1
			58		spirometria	1
			59		testy czynnościowe płuc (w tym pletyzmografia)	1
			60		badanie histopatologiczne	1
			61		badanie immunohistochemiczne	1
			62		diagnostyka biochemiczna (np biomarkery - troponina, NT-pro-BNP)	1
			63		markery nowotworowe	1
			64		badania hormonalne (np. oznaczanie poziomu hormonów)	1
			65		badania hematologiczne (np. morfologia krwi, FAG, ocena układu krzepnięcia)	1
			66		badanie wirusologiczne	1
			67		oligoklonalne Ig ww płynie M-R	1
			68		badanie mikrobiologiczne	1
			69		badanie bakteriologiczne	1
			70		biopsja lub trepanobiopsja szpiku	1
			71		badanie immunofenotypowe szpiku	1
			72		badania cytogenetyczne	1
			73		badania cytomorfologiczne	1
			74		badania cytochemiczne	1
			75		badanie molekularne	1
			76		koagulogram	1
			77		test na antykoagulant	1
			78		oznaczanie miana antykoagulantu w jedn. Bethesda	1
			79		badania immunologiczne(panel autoimmunologiczny)	1
			80		badania serologiczne	1
			81		audiogram	1
			82		badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej	1
			83		badania enzymatyczne	1
		jedna odpowiedź do wyboru	84	przygotowywanie indywidualnych dawek leków	Przygotowywanie przez farmaceutę lub technika farmacji pod nadzorem farmaceuty, indywidualnych dawek leków cytostatycznych i/lub podpisana umowa na przygotowywanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych z apteką zorganizowaną zgodnie z wymogami Prawa Farmaceutycznego.	5
Ciągłość	5		85	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie		5

LECZENIE SZPITALNE – PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE)						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄ CA (S) (maksy malna liczba punktó w oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIE RSZ A	UWAGI	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOSTK OWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

<p>Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów oceny ofert</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Michał Misiura – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego tel. (22) 53 00 260, e-mail: m.misiura@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 23 maja 2014 r.</p> <p>Źródło: Art. 148 ust. 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.)</p> <p>Nr w wykazie prac brak</p>
--	--

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego Art. 148 ust. 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.), którego istotą regulacji jest określenie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mające na celu zapewnienie prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie powinno przyczynić się do wypracowania bardziej efektywnego modelu porównania ofert w toku postępowania a pośrednio do polepszenia sytuacji świadczeniobiorców oraz właściwego wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniobiorcy	33.011.012 osób	Centralny Wykaz Ubezpieczonych – stan na dzień 31 grudnia 2012 r.	Poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zmianę zasad prowadzenia list oczekujących oraz ułatwienie korzystania z systemu opieki zdrowotnej poprzez jego uporządkowanie
Świadczeniodawcy	33 022 świadczeniodawców	Narodowy Fundusz Zdrowia	Poprawienie zarządzania poprzez określenie standardu prowadzenia rachunku kosztów świadczeń oraz wprowadzenie zmian w zakresie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	29 007 lekarzy	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zwiększenie prestiżu zawodu oraz dodatkowe finansowanie za wzmoczoną czujność onkologiczną i monitorowanie pacjenta onkologicznego we współpracy ze specjalistą

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Zakłada się 30-dniowy termin zgłaszania uwag w ramach uzgodnień i konsultacji publicznych.

W ramach konsultacji publicznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do następujących podmiotów:

- a) Unii Metropolii Polskich, Związku Gmin Wiejskich RP, Związku Miast Polskich, Związku Powiatów Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentu Marszałków Województw, samorządów wojewódzkich, Wojewodów, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Narodowego Instytutu Leków,

Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej;

- b) konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny;
- c) rektorów uczelni medycznych;
- d) samorządów zawodowych (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych);
- e) stowarzyszeń zawodowych (tj.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związek Zawodowy Farmaceutów, Związek Zawodowy Anestezjologów, Związek Zawodowy Chirurgów Polskich, Związek Zawodowy Neonatologów, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”, Izba Gospodarcza „Apteka Polska”, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Izba Lecznictwa Polskiego);
- f) stowarzyszeń w ochronie zdrowia, w tym działających na rzecz pacjentów (tj.: Unia Szpitali Klinicznych, Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia; Stowarzyszenie Primum Non Nocere; Stowarzyszenie Unia Uzdrawisk Polskich, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty PASMI, Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, Ogólnopolskie Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej, Unia Farmaceutów Właścicieli Aptek, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu);
- g) instytutów badawczych (tj.: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie);
- h) organizacji pracodawców (tj.: Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego - Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej; Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej - Organizacja Pracodawców; Konfederacja Pracodawców Polskich; Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych; Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych; Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego; Gdański Związek Pracodawców; Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi; Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”; Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej; Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia; Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur; Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych; Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego).

Ponadto konsultacje publiczne odbędą się poprzez zamieszczenie projektu w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz Rządowego Centrum Legislacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Źródła finansowania

Dodatkowe informacje,
w tym wskazanie
źródeł danych i
przyjętych do obliczeń
założeń

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje,
w tym wskazanie
źródeł danych i
przyjętych do obliczeń
założeń

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie
wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli
zgodności).

tak
 nie
 nie dotyczy

zmniejszenie liczby dokumentów
 zmniejszenie liczby procedur
 skrócenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

zwiększenie liczby dokumentów
 zwiększenie liczby procedur
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich
elektronizacji.

tak
 nie
 nie dotyczy

Komentarz:

Swoje obowiązki NFZ będą wykonywane w ramach obecnie posiadanych zasobów.

9. Wpływ na rynek pracy

Zmiany zaproponowane w projekcie nie będą mieć wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

- środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne:

- demografia
 mienie państwowe

- informatyzacja
 zdrowie

Omówienie wpływu

Projekt powinien pośrednio przyczynić się do polepszenia sytuacji świadczeniobiorców poprzez ulepszenie mechanizmu wyboru ofert w trakcie postępowań o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Po wejściu przepisów w życie.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie dotyczy.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie zakresu informacji przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia
ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wojewodom oraz marszałkom województw**

Na podstawie art. 190 ust. 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakres informacji zawartych w rocznych i okresowych sprawozdaniach z działalności Funduszu;
- 2) wzór sprawozdania okresowego z działalności Funduszu oraz sposób i terminy jego przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 3) minimalny zakres zbiorczych informacji przekazywanych przez Fundusz wojewodom oraz marszałkom województw na podstawie art. 189a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, sposób i terminy ich przekazywania oraz wzór budowy komunikatów elektronicznych służących do przekazywanych tych informacji.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego 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 i 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, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567 i 619.

- 1) Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy o statystyce publicznej;
- 2) Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych - obowiązującą Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 591 oraz z 2013 r. poz. 2);
- 3) umowa - umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) identyfikator gminy - identyfikator gminy z rejestru TERYT, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej;
- 5) świadczenie - świadczenie gwarantowane.

§ 3. 1. Roczne sprawozdanie z działalności Funduszu zawiera informacje w zakresie:

- 1) realizacji zadań Funduszu;
- 2) oceny dostępności do świadczeń;
- 3) zagadnień organizacyjnych Funduszu;
- 4) realizowanych przez Fundusz projektów z zakresu informatyzacji.

2. Roczne sprawozdanie w części dotyczącej realizacji zadań Funduszu zawiera informacje dotyczące:

- 1) przeprowadzonych konkursów ofert, rokowań oraz zawartych umów;
- 2) monitorowania realizacji umów i ich rozliczania;
- 3) wdrażania, realizowania, finansowania, monitorowania, nadzorowania i kontrolowania programów zdrowotnych;
- 4) podejmowanych działań w zakresie promocji zdrowia;
- 5) prowadzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, w tym szczegółowych informacji o liczbie:
 - a) ubezpieczonych obowiązkowo i dobrowolnie z podziałem na osoby płacące składkę na ubezpieczenie zdrowotne i członków rodzin,
 - b) innych osób uprawnionych do świadczeń;
- 6) zrealizowanych działań dotyczących określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów;

7) monitorowania i koordynowania realizacji uprawnień wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, 2 i 6, są sporządzane odrębnie dla każdego zakresu świadczeń, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-13, i zawierają co najmniej:

- 1) krótką charakterystykę, z uwzględnieniem opisu przyjętego przez Fundusz sposobu zawierania umów i rozliczania w okresie sprawozdawczym;
- 2) dane dotyczące świadczeń będących przedmiotem umów, w tym:
 - a) liczby świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy,
 - b) liczby, wartości i realizacji zawartych umów,
 - c) liczby udzielonych świadczeń i osób, którym udzielono świadczenia.

4. Dane, o których mowa w ust. 3, są zestawiane z danymi za dwa lata poprzedzające rok, za który sporządzane jest sprawozdanie.

5. Roczne sprawozdanie w części dotyczącej oceny dostępności do świadczeń zawiera informacje charakteryzujące dostępność do świadczeń, dotyczące:

- 1) czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących;
- 2) geograficznej dostępności świadczeń;
- 3) wskazania zakresów świadczeń, co do których nie zawarto umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w liczbie gwarantującej planowane zabezpieczenie świadczeń wraz ze wskazaniem przyczyn.

6. Roczne sprawozdanie w zakresie zagadnień organizacyjnych Funduszu zawiera informacje dotyczące:

- 1) stanu zatrudnienia w centrali i oddziałach wojewódzkich, według stanu na koniec okresu sprawozdawczego;
- 2) średniego miesięcznego wynagrodzenia w centrali i oddziałach wojewódzkich, według stanu na koniec okresu sprawozdawczego;
- 3) przeprowadzonych kontroli zewnętrznych i wewnętrznych, w tym audytu wewnętrznego.

§ 4. 1. Okresowe sprawozdania z działalności Funduszu są sporządzane co kwartał i po przyjęciu przez Radę Funduszu są przekazywane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nie później niż w terminie 75 dni od dnia zakończenia kwartału.

2. Zakres informacji zawartych w okresowych sprawozdaniach z działalności Funduszu oraz wzór okresowego sprawozdania z działalności Funduszu jest określony w załączniku nr 1 do

rozporządzenia.

3. Okresowe sprawozdania z działalności Funduszu są sporządzane w wersji papierowej oraz elektronicznej.

§ 5. 1. Minimalny zakres zbiorczych informacji przekazywanych przez Fundusz wojewodom oraz marszałkom województw jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

2. Oddział wojewódzki Funduszu sporządza informacje, o których mowa w ust. 1, według stanu na koniec każdego kwartału, i przekazuje je właściwemu wojewodzie oraz marszałkowi województwa nie później niż w terminie 75 dni od zakończenia kwartału.

§ 6. 1. Dane, o których mowa w § 3 ust. 1, są przekazywane w formie komunikatów elektronicznych, poprzez dostarczenie nośnika umożliwiającego odczyt informacji w sposób cyfrowy z zapisanym na nim komunikatem albo poprzez teletransmisję komunikatu.

2. Wzór budowy komunikatów, o których mowa w ust. 1, jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

3. Przekazywanie komunikatów, o których mowa w ust. 1, obejmuje:

- 1) fazę pierwszą - rejestrację przez Fundusz faktu wysłania odbiorcy komunikatu elektronicznego;
- 2) fazę drugą - dostarczenie odbiorcy nośnika z komunikatem albo przesłanie komunikatu poprzez jego teletransmisję;
- 3) fazę trzecią - rejestrację przez odbiorcę faktu otrzymania komunikatu i kontrolę jego poprawności;
- 4) fazę czwartą - potwierdzenie przez odbiorcę faktu otrzymania komunikatu, zawierające datę otrzymania komunikatu i jego identyfikator, lub przyczynę odrzucenia komunikatu.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.³⁾.

MINISTER ZDROWIA

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw (Dz. U. Nr 152, poz. 127 i Nr 266, poz. 2249 oraz z 2006 r. Nr 111, poz. 756 i Nr 242, poz. 1757), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 23 ustawy z dnia ... 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...).

OKRESOWE SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

INSTRUKCJA OGÓLNA
(do wszystkich tabel)

I. Wypełnianie komórek w tabelach.

1. Każda komórka w tabelach sprawozdawczych musi być wypełniona.
2. W tabelach podaje się wartości w: (a) złotych lub (b) tysiącach złotych. Wartości podawane w złotych podaje się z dokładnością do jednej złotówki, zaś w przypadku wartości podawanych w tysiącach złotych kwoty podaje się z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
3. W komórkach, gdzie powinny znajdować się wartości liczbowe, dopuszczalne jest umieszczanie wyłącznie następujących znaków:

liczb,

bd - gdy brak danych (ale dane zjawisko występuje),

nd - gdy nie dotyczy (dane zjawisko nie dotyczy danego oddziału wojewódzkiego, np. nie kontraktuje danego rodzaju świadczeń).

Wszelkie inne znaki (-, X, *) oraz przypisy są niedopuszczalne - "0" - powinno pojawiać się tylko wtedy, gdy liczba przypadków równa jest "0", gdy np. mimo ogłoszenia konkursu nie wpłynęła żadna oferta. "0" nie może oznaczać: "nie dotyczy".

Dodatkowe komentarze, przypisy należy umieszczać w kolumnie "uwagi" lub pod tabelą, z dokładnym odniesieniem do kolumny i wiersza, którego dotyczą.

4. Nie wolno zmieniać położenia tabel (numeru wiersza i kolumny, od której się zaczynają) ani łączyć kolumn, o ile instrukcja pod tabelą nie dopuszcza takiej możliwości.

SPIS TABEL

tytuł tabeli	Numer
Działalność organów Funduszu - Prezes i Zastępcy Prezesa NFZ	I.1.1
Działalność organów Funduszu - wykaz zarządzeń Prezesa NFZ	I.1.2
Działalność organów Funduszu - skład Rady NFZ	I.2.1
Działalność organów Funduszu - wykaz uchwał Rady NFZ	I.2.2
Działalność organów Funduszu - liczba posiedzeń Rady NFZ	I.2.3
Działalność organów Funduszu - dyrektorzy OW NFZ	I.3
Działalność organów Funduszu - opis działalności Rad OW NFZ	I.4
Działalność organów Funduszu - struktura organizacyjna	I.5
Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - stan zatrudnienia	I.6
Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto	I.7.1
Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - wynagrodzenie Prezesa i Zastępców Prezesa	I.7.2
Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - wynagrodzenie w Centrali NFZ	I.7.3

Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - wynagrodzenie w Oddziałach NFZ	I.7.4
Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - wykształcenie pracowników NFZ	I.8
Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego	I.9
Sprawy sądowe - zestawienie spraw sądowych ostatecznie zakończonych w okresie sprawozdawczym	I.10.1
Sprawy sądowe - wykaz spraw sądowych wszczętych w danym okresie sprawozdawczym	I.10.2
Sprawy sądowe - wykaz spraw sądowych zakończonych prawomocnym orzeczeniem w danym okresie sprawozdawczym	I.10.3
Sprawy sądowe - Wykaz skarg kasacyjnych wniesionych w danym okresie sprawozdawczym	I.10.4
Sprawy sądowe - Wykaz skarg kasacyjnych zakończonych orzeczeniem w danym okresie sprawozdawczym	I.10.5

Okresowe sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia - cz. I

I.1.1. Działalność organów Funduszu - Prezes i Zastępcy Prezesa Funduszu[1]					
Sprawozdanie za kwartał 20..... roku					
lp.	imię i nazwisko	funkcja	data powołania	data odwołania	uwagi
1	2	3	4	5	6
		Prezes			
		Zastępca Prezesa			
		Zastępca Prezesa			
		Zastępca Prezesa ds. służb mundurowych			

Instrukcja: [1] W przypadku gdy w okresie sprawozdawczym nastąpiły zmiany w składzie, proszę wykazać wszystkie zmiany, dodając odpowiednią liczbę wierszy poniżej wiersza dotyczącego stanowiska, na którym nastąpiły zmiany.

I.1.2 Działalność organów Funduszu - Wykaz zarządzeń Prezesa Funduszu							
Sprawozdanie kwartalne od początku roku do końca kwartału 20..... roku							
lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	zmiany [1]		uwagi
					numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązuje od dnia	
1	2	3	4	5	6	7	8

Instrukcja: [1] Kolejne zmiany należy wykazywać w jednym wierszu, nie dodając ani nowych wierszy, ani kolumn. W przypadku gdy zmiana polega na uchynieniu całego zarządzenia i uchwaleniu nowego, informacja o nowym zarządzeniu (numerze identyfikacyjnym, rozpoczęciu obowiązywania) powinna zostać wpisana w osobnym wierszu, utworzonym poniżej. Jeżeli zmiana polega na uchynieniu zarządzenia bez uchwalenia nowego, odpowiednią informację o tym należy zamieścić w kol. 8 w wierszu dotyczącym uchylonego zarządzenia.

I.2.1. Działalność organów Funduszu - Skład Rady Funduszu[1]							
Sprawozdanie za kwartał 20..... roku							
lp.	osoby powołane przez Ministra właściwego do spraw zdrowia	imię i nazwisko	funkcja pełniona w Radzie	data		wysztalcenie	egzamin na członka rady nadzorczej jednoosobowej spółki Skarbu Państwa (data zdania)
				powołania na daną funkcję w Radzie	zaprzestania pełnienia funkcji z podaniem przyczyny[2]		
1	2	3	4	5	6	7	8
1	wskazana przez ministra właściwego do spraw zdrowia						
2	wskazana przez ministra właściwego do spraw zdrowia						
3	wskazana przez Prezesa Rady Ministrów spośród kandydatów wskazanych przez						
4	Rzecznika Praw Obywatelskich						
5	Trójstronnej Komisji do spraw Społeczno-Gospodarczych						
6	Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego						
7	organizacje pacjentów						
8	MON, MS i MSW						
9	ministra właściwego do spraw finansów						

Instrukcja: [1] W przypadku gdy w okresie sprawozdawczym nastąpiły zmiany w składzie, proszę wykazać wszystkie zmiany, dodając odpowiednią liczbę wierszy poniżej wiersza dotyczącego osoby, która została zmieniona [2] np. odwołanie, rezygnacja.

I.2.2. Działalność organów Funduszu - Wykaz uchwał Rady Funduszu podjętych w roku sprawozdawczym								
Sprawozdanie kwartalne od początku roku do końca kwartału 20..... roku								
lp.	nazwa uchwały	kategoria[1]	numer identyfikacyjny	data uchwalenia	obowiązuje od dnia:	zmiany [2]:		uwagi
						numer identyfikacyjny aktu zmieniającego	obowiązuje od dnia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Instrukcja: [1] Proszę przypisać każdej uchwale jedną z poniższych kategorii (wyłącznie cyfrą rzymską): I. kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności; II. uchwalanie planu pracy Funduszu na dany rok; III. uchwalanie rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych; IV. opiniowanie projektu planu finansowego na dany rok; V. opiniowanie systemu wynagradzania pracowników Funduszu; VI. przyjmowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu; VII. przyjmowanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu; VIII. podejmowanie uchwał w sprawach

dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu; IX kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu; X wnioskowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ich realizacji; XI. powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu w trybie określonym w art. 102 ust. 2; XII. odwoływanie Prezesa Funduszu w przypadku, o którym mowa w art. 102 ust. 3; XIII. powoływanie i odwoływanie zastępców Prezesa Funduszu w trybie określonym w art. 103 ust. 2 i 3; XIV. inne. [2] Kolejne zmiany należy wykazywać w jednym wierszu, nie dodając ani nowych wierszy ani kolumn. W przypadku gdy zmiana polega na uchyleniu całego aktu prawnego i uchwaleniu nowego, informacja o nowym akcie (numerze identyfikacyjnym, rozpoczęciu obowiązywania) powinna zostać wpisana w osobnym wierszu, utworzonym poniżej.

I.2.3 Proszę wpisać liczbę posiedzeń Rady NFZ od początku roku do końca _____ kwartału 20...: oraz wymienić omawiane punkty obrad

I.3. Działalność organów Funduszu - Dyrektorzy Wojewódzkich Oddziałów NFZ [1]					
Sprawozdanie za kwartał 200..... roku					
I.p.	oddział wojewódzki	imię i nazwisko	data powołania	data odwołania	uwagi
1	2	3	4	5	6
	wpisać nazwę oddziału				

Instrukcja: [1] W przypadku gdy w okresie sprawozdawczym nastąpiły zmiany w składzie, proszę wykazać wszystkie zmiany, dodając odpowiednią liczbę wierszy poniżej wiersza dotyczącego stanowiska, na którym nastąpiły zmiany.

I.4. Proszę opisać działalność Rad Wojewódzkich Oddziałów za... półrocze 20... roku.

I.5 Struktura Organizacyjna

W sprawozdaniu z działalności za I kwartał oraz za IV kwartał należy załączyć schematy:

1. Centrali do poziomu Departamentu,
2. Centrali - każdy Departament do najmniejszej komórki organizacyjnej i samodzielnego stanowiska (z podaniem obsady osobowej każdej komórki organizacyjnej i samodzielnego stanowiska),
3. Wojewódzkiego Oddziału - dla każdego Oddziału odrębnie do najmniejszej komórki organizacyjnej i samodzielnego stanowiska z podaniem obsady osobowej każdej komórki organizacyjnej i samodzielnego stanowiska.

Przez obsadę osobową należy rozumieć podanie jedynie **liczby** osób zatrudnionych w komórce organizacyjnej - zarówno w etatach jak i osobach, zgodnie z wykazanym stanem zatrudnienia na koniec okresu sprawozdawczego

I.6. Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Stan zatrudnienia						
Sprawozdanie za kwartał 200.... roku						
	grupy	stan zatrudnienia na koniec okresu sprawozdawczego			średnie zatrudnienie[1]	
		planowane etaty	wykonanie		osoby	etaty
			etaty	osoby		
1.	2	3.	4.	5.	6.	7.
	ogółem Fundusz (Centrala + Wojewódzkie Oddziały)					
Centrala	kadra kierownicza [2]					

	pracownicy administracyjni[3]					
	obsługa techniczna[4]					
	razem					
oddziały Funduszu łącznie	kadra kierownicza [2]					
	pracownicy administracyjni[3]					
	obsługa techniczna[4]					
	razem					
zatrudnienie w poszczególnych OW NFZ						
[nazwa Oddziału]	kadra kierownicza [2]					
	pracownicy administracyjni[3]					
	obsługa techniczna[4]					
	razem					

Instrukcja: [1] Przy obliczaniu przeciętnego średniego zatrudnienia należy zastosować metodę średniej arytmetycznej. Zgodnie z opisem GUS: Przeciętne miesięczne zatrudnienie, obliczane metodą średniej arytmetycznej, jest ilorazem sumy stanów zatrudnienia w poszczególnych dniach pracy w danym miesiącu i liczby dni kalendarzowych w miesiącu. Do dni pracy w miesiącu wlicza się przypadające w tym czasie niedziele, święta oraz dni wolne od pracy. Dla tych dni przyjmuje się stan zatrudnienia z dnia poprzedniego lub następnego, jeżeli miesiąc rozpoczyna się dniem wolnym od pracy. W stanach dziennych nie uwzględnia się osób przebywających na urloпах bezpłatnych. Przeciętne zatrudnienie w kwartale jest ilorazem sumy przeciętnej liczby zatrudnionych w poszczególnych miesiącach kwartału i liczby miesięcy w danym okresie. [2] Do grupy tej należy zaliczyć osoby zajmujące stanowiska: dyrektora, głównego księgowego, zastępcy dyrektora, audytora wewnętrznego, rzeczownika prasowego, radcy prawnego, , naczelnika wydziału, kierownika działu oraz kierownika sekcji. [3] Do grupy tej należy zaliczyć osoby zajmujące stanowiska: głównego specjalisty, Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych, starszy specjalista/informatyk/księgowy, specjalisty, informatyka, księgowego, archiwisty, kasjer, starszy referent, referent, inspektor, pracownik techniczny (z wyłączeniem osób, które zostały zaliczone do kadry kierowniczej). [4] Do grupy tej należy zaliczyć osoby na stanowisku kierowca, magazynier, portier, sprzątaczką.

I.7.1 Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Przeciętne wynagrodzenie miesięczne brutto w okresie sprawozdawczym			
Sprawozdanie za kwartał 20.... roku			
l.p.		przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres sprawozdawczy w zł brutto [1]:	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres od stycznia do końca bieżącego kwartału
	Centrala [2]		
	[nazwa] wojewódzki Oddział		

Instrukcja: [1] Przeciętne miesięczne wynagrodzenie za okres sprawozdawczy proszę obliczyć w sposób przyjęty przez GUS, tj. suma wynagrodzeń osobowych, wypłaconych w okresie sprawozdawczym, finansowanych przez zakład pracy, dzielone przez przeciętne zatrudnienie w okresie sprawozdawczym, [2] wraz z wynagrodzeniami Prezesa i Zastępców Prezesa.

I.7.2 Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Wynagrodzenie Prezesa i Zastępców Prezesa				
Sprawozdanie za kwartał 20... roku				
l.p.	Prezes i Zastępcy	miesięczne wynagrodzenie [2]	przeciętne miesięczne	nagroda roczna [1]

	Prezesa	I miesiąc kwartału	II miesiąc kwartału	III miesiąc kwartału	wynagrodzenie w zł brutto	kwota	za który rok
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Prezes						
2	Zastępca Prezesa						
3	Zastępca Prezesa						
4	Zastępca Prezesa ds. Służb mundurowych						

Instrukcja: [1] W tej tabeli odrębnie wykazywana jest kwota nagrody rocznej i dlatego nie należy jej uwzględniać ani w miesięcznym wynagrodzeniu, ani w przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu. [2] W przypadku wypłaty świadczeń o charakterze jednorazowym (odprawa, nagroda jubileuszowa) kwoty tej prosimy nie dodawać do miesięcznego wynagrodzenia w poszczególnych miesiącach kwartału, a jedynie uwzględnić w kolumnie "przeciętne miesięczne wynagrodzenie".

I.7.3 Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Wynagrodzenie w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w zł					
Sprawozdanie za kwartał 20... roku					
I.p.	wynagrodzenie	Prezes i Zastępcy Prezesa	kadra kierownicza	pracownicy administracyjni	obsługa techniczna
1	2	3	4	5	6
1	Ogółem, w tym:				
2	zasadnicze				

I.7.4 Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Wynagrodzenie w Oddziałach Wojewódzkich NFZ w zł[1]									
Sprawozdanie za kwartał 20.... Roku									
I.p.	Oddział	Dyrektor i zastępcy dyrektora		kadra kierownicza		pracownicy administracyjni		obsługa techniczna	
		ogółem	w tym zasadnicze	ogółem	w tym zasadnicze	ogółem	w tym zasadnicze	ogółem	w tym zasadnicze
1.	Nazwa Oddziału								

Instrukcja: [1] Przeciętne wynagrodzenie w przeliczeniu na 1 etat.

I.8 Zatrudnienie, wykształcenie i wynagrodzenie - Wykształcenie pracowników Narodowego Funduszu					
Sprawozdanie za kwartał 20.. roku					
1	grupy	liczba pracowników	wykształcenie		
			wyższe	średnie	pozostałe
2	3	4	5	6	
Centrala	kadra kierownicza				
	pracownicy administracyjni				

	obsługa techniczna				
	razem				
[nazwa] oddział wojewódzki	kadra kierownicza				
	pracownicy administracyjni				
	obsługa techniczna				
	razem				

I.9 Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

Sprawozdanie według stanu na koniec kwartału 20.... roku

l.p.	Wojewódzki Oddział	w sprawach dotyczących	liczba			
			decyzji wydanych przez dyrektora OW w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego	odwołań od decyzji dyrektorów wniesionych do Prezesa NFZ	decyzji zmienionych lub uchylonych przez Prezesa NFZ	wniesionych do sądu administracyjnego skarg na decyzje Prezesa NFZ
1	2	3	4	5	6	7
1.	[nazwa]	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym				
		ustalenia prawa do świadczeń				

I.10.1 Sprawy sądowe - Zestawienie spraw sądowych ostatecznie zakończonych w okresie sprawozdawczym

Sprawozdanie kwartalne narastająco od początku roku do końca kwartału 20.... roku

l.p.	Oddział Wojewódzki	Sprawy									
		z tytułu tzw. "ustawy 203"		związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity		o zapłatę wynikające z wykonania umowy		z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń		Inne postępowania sądowe	
		liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	[nazwa]										

I.10.2 Sprawy sądowe - Wykaz spraw sądowych [1] wszczętych w okresie sprawozdawczym - z wyjątkiem spraw karnych i karnoskarbowych oraz spraw z zakresu prawa pracy

Sprawozdanie za... kwartał 20.... roku

l.p.	rodzaj [2] i przedmiot [3] sprawy	pozycja w postępowaniu		sygnatura sprawy	etap sprawy [5]
		OW NFZ	pozycja w sprawie [4]		

1	2	3	4	5	6

I.10.3 Sprawy sądowe Wykaz spraw sądowych zakończonych prawomocnym orzeczeniem w danym okresie sprawozdawczym łącznie -ze sprawami karnymi i karno-skarbowymi, z wyłączeniem spraw z zakresu prawa pracy

Sprawozdanie za kwartał 20.... roku

l.p.	rodzaj [2] i przedmiot [3] sprawy	pozycja w postępowaniu		sygnatura sprawy	organ orzekający[6]	Rozstrzygnięcie sprawy		
		OW NFZ	pozycja w sprawie [4]			Data orzeczenia	podstawa prawna [7]	rozstrzygnięcie
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Instrukcja: [1] Należy wpisywać wszystkie sprawy, w których występuje Narodowy Fundusz Zdrowia lub jego pracownik w związku z wykonywaniem przez niego obowiązków służbowych. Mają to być wszystkie sprawy wszczęte w danym okresie sprawozdawczym, nawet jeżeli zostały w jakikolwiek sposób zakończone. W przypadku zakończenia w tym samym okresie sprawozdawczym wszczętej sprawy, należy ją powtórzyć w tabeli. Tabela prezentuje wyłącznie dane dotyczące spraw zakończonych w danym kwartale, tj. do ostatniego dnia kwartału. [2] Rodzaje spraw: cywilne, administracyjne, karne, karno-skarbowe. W przypadku innych spraw należy wpisać ich rodzaj, a następnie je wymienić. [3] Przedmiot sprawy to przykładowo: odszkodowanie (...). [4] Proszę podać kto jest stroną/uczestnikiem/wnioskodawcą tj. NFZ (który oddział) czy pracownik (tylko funkcja, bez imienia i nazwiska) oraz pozycję w sprawie, np. NFZ - pozwany. [5] Np. sprawa w toku w I instancji (SI), w drugiej instancji (S2), zawieszona (ZAW), umorzona (U), inne rozstrzygnięcie - w takim przypadku proszę uzupełnić spis i podać jego skrót. [6] Proszę podać pełną nazwę. [7] np. art. (...) k.c. W przypadku spraw rozstrzygniętych merytorycznie należy podać podstawę prawną rozstrzygnięcia.

I.10.4 Sprawy sądowe - Wykaz skarg kasacyjnych wniesionych w danym okresie sprawozdawczym łącznie ze sprawami karnymi i karno-skarbowymi, z wyłączeniem spraw z zakresu prawa pracy

Sprawozdanie za ... kwartał 20....roku

l.p.	rodzaj i przedmiot sprawy	pozycja w postępowaniu		sygnatura sprawy	sąd	rozstrzygnięcie sprawy		wniesienie skargi kasacyjnej	
		OW NFZ	pozycja w sprawie			data orzeczenia	rozstrzygnięcie sprawy	podmiot wnoszący	data wniesienia
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

I.10.5 Sprawy sądowe - Wykaz skarg kasacyjnych zakończonych orzeczeniem w danym okresie sprawozdawczym łącznie ze sprawami karnymi i karno-skarbowymi, z wyłączeniem spraw z zakresu prawa pracy

Sprawozdanie za kwartał 20....roku

l.p.	rodzaj i przedmiot sprawy	pozycja w postępowaniu		sygnatura sprawy	sąd	rozstrzygnięcie sprawy		wniesienie skargi kasacyjnej		rozstrzygnięcie sprawy	
						data		podmiot	data	data	

		OW NFZ	pozycja w sprawie			orzeczenia	rozstrzygnięci e sprawy	wnoszący	wniesienia	orzeczenia	rozstrzyg nięcie
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Okresowe sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia - cz. II

tytuł tabeli	numer tabeli	poziom agregacji
Ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia	II.1.1	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
Ubezpieczeni dobrowolnie - wnioski złożone w okresie sprawozdawczym	II.1.2.1	

Tabela II.1.1 Ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia					Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich				
Stan na koniec.....półrocza 20.... Roku									
l.p.	Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych	liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy poz
		ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia		
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)	10
1.	Ogółem								
	[nazwa oddziału]								

[1] Dane mają przedstawiać liczbę ubezpieczonych w Narodowym Funduszu (i jego poszczególnych oddziałach) według stanu na ostatni dzień okresu sprawozdawczego.

Tabela II.1.2.1 Ubezpieczeni dobrowolnie - wnioski złożone w okresie sprawozdawczym				Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
Stan na koniec.....półrocza 20.... r.					
l.p.	Oddział	liczba wniosków			Uwagi
		złożonych	Które nie stały się podstawą do zawarcia umowy o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem [1]		
1	2	3	4		5
	Ogółem				
	[nazwa oddziału]				

[1] Pod tabelą należy wymienić i opisać przyczyny niepodpisania umowy o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem.

**Okresowe sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia - cz. III
SPIS TABEL**

tytuł tabeli	numer	poziom agregacji
Konkursy ofert	III.1.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Wyniki konkursów ofert	III.1.2	
Rokowania	III.2	
Umowy obowiązujące w roku sprawozdawczym	III.3	
Umowy rozwiązane	III.4	
Zawieranie umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej/zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	III.5	
Świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego	III.6	

Tabela III.1.1. Konkursy ofert [1]							Zbiorcza/Oddział Wojewódzki *.....			
Narastająco do końca kwartału 20... roku										
lp	przedmiot konkursu (rodzaje świadczeń)	liczba konkursów	liczba ofert złożonych	liczba ofert odrzuconych [2]		liczba ofert w całości lub w części zakwalifikowanych do części niejawniej konkursu				
				w części	w całości	ogółem	oferty zakwalifikowane do negocjacji po przeprowadzeniu negocjacji		oferty biorące udział w negocjacjach	liczba ofert wybranych do podpisania umowy bez przeprowadzenia negocjacji
							wybrane	niewybrane		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	ambulatoryjna opieka specjalistyczna									
2	lecznictwo szpitalne									
3	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień									
4	rehabilitacja lecznicza									
5	opieka długoterminowa									
6	leczenie stomatologiczne									
7	lecznictwo uzdrowiskowe									
8	pomoc									

	dorażna transport sanitarny										
9	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez NFZ										
10	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie										

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] W tabeli należy umieszczać dane dotyczące konkursów zakończonych do końca okresu sprawozdawczego. Zgodnie z art. 151 ust. 5 ustawy zakończenie postępowania następuje z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia. Sprawozdanie za I kwartał powinno obejmować wszystkie konkursy dotyczące danego roku sprawozdawczego, także te zakończone przed 31.12. roku poprzedniego. [2]Zgodnie z art. 149 ustawy.

Tabela III.1.2 Wyniki konkursów ofert [1]			Zbiorca/Oddział Wojewódzki *										
Narastająco do końca kwartału 20... roku													
L.p.	przedmiot konkursu (rodzaje świadczeń)	łączna liczba ofert wybranych do podpisania umowy /aneksu	liczba protestów		liczba ofert				Liczba podpisanych do końca okresu sprawozdawczego		liczba ofert oczekujących na podpisanie umowy/aneksu przez świadczeniodawcę	Liczba odwołań	
			zgłoszonych	uwzględnionych	biorących udział w unieważnionych postępowaniach	zakończonych podpisaniem do końca okresu sprawozdawczego [2]	umów	aneksów do umów	umów	aneksów do umów		zgłoszonych	uwzględnionych
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1.	[3]												

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Tabela III. 1. 2. jest kontynuacją tabeli III. 1. 1. Kolumna 2 tej tabeli odpowiada sumie kolumn 7 i 10 tabeli III. 1. 1 [2] Kolumnę tę wprowadzono, ponieważ na podstawie kilku ofert jednego świadczeniodawcy może zostać podpisana 1 umowa lub na podstawie 1 oferty kilka umów. [3] Proszę wpisać kategorie planu finansowego, analogicznie do kategorii wymienionych w tabeli III. 1. 1.

Tabela III.2.Rokowania [1]					Zbiorca/Oddział Wojewódzki*					
Narastająco do końca kwartału 20... roku										
lp.	przedmiot rokowań (rodzaje świadczeń)	Liczba rokowań według przyczyn ich podjęcia wymienionych w art. 144 ustawy			liczba rokowań, które nie zakończyły się podpisaniem umowy/aneksu	liczba zawartych		liczba odwołań		łączna kwota na jaką zawarto umowy/aneksy (w tys. zł)
		pkt 1	pkt2	pkt3		umów	aneksów	zgłoszonych	uwzględnionych	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	[2]									

- * Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] W tabeli należy umieszczać dane dotyczące rokowań zakończonych do końca okresu sprawozdawczego. Zgodnie z art. 151 ust. 5 ustawy zakończenie postępowania następuje z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia. Sprawozdanie za I kwartał powinno obejmować wszystkie zakończone rokowania dotyczące danego roku sprawozdawczego, także te zakończone przed 31.12. roku poprzedniego. [2] Proszę wpisać kategorie planu finansowego, analogicznie do kategorii wymienionych w tabeli III. 1. 1

Tabela III.3. Umowy obowiązujące w roku sprawozdawczym[1] - liczba, okres na jaki zawarto umowy i ich wartość w tys. zł				Zbiorcza/Oddział Wojewódzki*										
Narastająco do końca kwartału 20... roku														
I p	rodzaj świadczenia	Umowy razem		Okres na jaki zawarto umowy [2]										
				poniżej 1 roku		na 1 rok		powyżej 1 roku do 2 lat		powyżej 2 roku do 3 lat		więcej niż 3 lata		
		liczba	Wartość[3]	liczba a	wartość ć	liczba a	wartość ć	liczba a	wartość ć	liczba a	wartość ć	liczba a	wartość ć	
1	2	3=(5+7+9+11+13)	4=(6+8=10+12+14)	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1	[4]													

- * Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału [1] Bez względu na to w którym roku zostały zawarte i na jaki okres (sprawozdanie za I kwartał powinno obejmować wszystkie umowy zawarte na rok sprawozdawczy, także te podpisane przed 31.12. roku poprzedniego). Jeżeli umowa obowiązująca w poprzednim roku została przedłużona na rok sprawozdawczy aneksem, to należy ją wykazać w liczbie umów. Natomiast aneksy zawierane w czasie roku sprawozdawczego zwiększające wartość umowy nie będą zwiększały liczby zawartych umów, a jedynie ich wartość. [2] Umowy grupowane są według okresu, na jaki zostały zawarte. Me jest istotne ile obejmują okresów rozliczeniowych. [3]W każdym przypadku podawania wartości należy wpisywać wartość odnoszącą się do danego roku sprawozdawczego. W przypadku Oddziałów, które nie określają w umowie łącznej wartości zakupionych świadczeń, proszę podać wartość wynikającą z liczby zakupionych świadczeń i ich ceny. [4]Proszę wpisać wszystkie kategorie planu finansowego dotyczące świadczeń. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej oraz zaopatrzenia nie należy wypełniać kolumn dotyczących wartości umów.

Tabela III.4 Umowy rozwiązane[1]				Zbiorcza/Oddział Wojewódzki *		
Sprawozdanie za kwartał 20.....r.						
I p.	rodzaj świadczenia	umowy zawarte w okresie sprawozdawczym		umowy rozwiązane w okresie sprawozdawczym		uwagi
		liczba	wartość (tys.zł)[2]	liczba	wartość (tys.zł)[3]	
1	2	3	4	5	6	7
	[4]					

- * Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] W tabeli należy podawać dane odnoszące się do umów zawartych lub rozwiązanych w danym kwartale, ale dotyczących wyłącznie roku sprawozdawczego. Jeżeli w danym kwartale zawarto umowy już na następny rok, nie należy ich wykazywać. Tabela dotyczy umów rozwiązanych przed upływem czasu na jaki zostały zawarte. Nie należy uwzględniać tych umów, które zakończyły się w terminie przewidzianym w umowie i nie zostały przedłużone aneksem [2]W przypadku Oddziałów, które nie określają w umowie łącznej wartości zakupionych

świadczeń, proszę podać wartość wynikającą z liczby zakupionych świadczeń i ich ceny.[3] Należy podać część kwoty przewidzianej w kontrakcie, która z powodu rozwiązania umowy nie zostanie wykonana. [4] Proszę wpisać wszystkie kategorie planu finansowego dotyczące świadczeń. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne nie należy wypełniać kolumn dotyczących wartości umów.

Tabela III.5 Zawieranie umów w rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna/zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze*, zgodnie z art. 159 ustawy [1]			Zbiorcza/Oddział Wojewódzki *	
Narastająco do końca.... kwartału 200... roku				
l.p.	liczba świadczeniodawców		liczba podpisanych	
	wnoszących o zawarcie umowy	spełniających warunki do zawarcia umowy	umów	aneksów
1	2	3	4	5
1.				

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] W tabeli należy umieszczać dane dotyczące wyników postępowań rozstrzygniętych do końca okresu sprawozdawczego. Sprawozdanie za I kwartał powinno obejmować wszystkie postępowania dotyczące danego roku sprawozdawczego, także te zakończone przed 31.12. roku poprzedniego.

Tabela III.6 Świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego - liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych				Zbiorcza/Oddział Wojewódzki *		
Narastająco do końca kwartału 20... roku						
lp.	oddział wojewódzki	liczba zakontraktowanych				uwagi
		zespołów ratownictwa medycznego			szpitalnych oddziałów ratunkowych	
		wypadkowych	reanimacyjnych	neonatologicznych		
1	2	3	4	5	6	7
1	Ogółem					
2	[nazwa oddziału]					

Okresowe sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia - cz. IV

SPIS TABEL

tytuł tabeli		numer	poziom agregacji	
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej według Oddziałów Wojewódzkich NFZ w tys. zł w rodzaju: [wpisać zgodnie kategorią planu finansowego]	Podstawowa opieka zdrowotna	IV.F.1	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem	
	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	IV.F.2		
	Lecznictwo szpitalne	IV.F.3		
	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	IV.F.4		
	Rehabilitacja lecznicza	IV.F.5		
	Opieka długoterminowa	IV.F.6		
	Leczenie stomatologiczne	IV.F.7		
	Leczenie uzdrowiskowe	IV.F.8		
	Pomoc doraźna i transport sanitarny	IV.F.9		
	Profilaktyczne programy zdrowotne	Finansowane ze środków NFZ Realizowane na zlecenie MZ		IV.F.10.1 IV.F.10.2
	Świadczenia kontraktowane odrębne	IV.F.11		
	Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	IV.F.12		
Refundacja leków		IV.F.13		
Podstawowa opieka zdrowotna	wg świadczeń zakresów	lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	IV.1.1.1	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
		pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej	IV.1.1.2	
		położnej środowiskowo-rodzinnej	IV.1.1.3	
		pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania	IV.1.1.4	
	nocna i świąteczna	pomoc lekarska	IV.1.2.1	
		pomoc pielęgniarska	IV.1.2.2	
	transport sanitarny		IV.1.3.	
liczba osób objętych opieką	lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	IV.1.4.1	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
		pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej	IV.1.4.2	
		położnej środowiskowo-rodzinnej	IV.1.4.3	
		pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania	IV.1.4.4	

	lekarze podstawowej opieki zdrowotnej	IV.1.5.1	
	pielęgniarki środowiskowo-rodzinne	IV.1.5.2	
	położne środowiskowo-rodzinne	IV.1.5.3	
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		IV.2.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenia współfinansowane		IV.2.2	
Lecznictwo szpitalne		IV.3.1	
Lecznictwo szpitalne - programy terapeutyczne (lekowe)		IV.3.2	
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		IV.4.	
Rehabilitacja lecznicza		IV.5	
Opieka długoterminowa		IV.6	
Leczenie stomatologiczne		IV.7.1.	
Leczenie stomatologiczne - wybrane świadczenia		IV.7.2.	
Leczenie uzdrowiskowe		IV.8	
Pomoc doraźna i transport sanitarny		IV.9	
Profilaktyczne programy zdrowotne	Finansowane ze środków NFZ	IV.10.1	
	Realizowane na zlecenie MZ	IV.10.2	
Świadczenia kontraktowane odrębne		IV.11	
Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne		IV.12.1	
Zaopatrzenie w środki pomocnicze		IV.12.2	
Refundacja leków - łączna sprzedaż leków w aptekach wg kodów EAN		IV.13.1	za każdy miesiąc jedna zbiorcza tabela uwzględniająca cały kraj
Refundacja leków - Zestawienie recept na leki i wyroby medyczne podlegające refundacji dla świadczeniobiorców		IV.13.2.2	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza
Refundacja leków - Zestawienie recept na leki i wyroby medyczne podlegające refundacji dla osób korzystających ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji		IV.13.2.1	na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Rejestr oczekujących na potwierdzenie zlecenia na przedmioty ortopedyczne		IV.14.1.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza
Rejestr oczekujących na potwierdzenie zlecenia na środki pomocnicze		IV.14.1.2	na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Rejestr oczekujących na potwierdzenie skierowania na stacjonarne leczenie uzdrowiskowe		IV.14.2	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
Rejestr oczekujących na udzielenie ambulatoryjnych świadczeń lecznictwa specjalistycznego - rzeczywisty średni czas oczekiwania		IV.14.3.1	
Rejestr oczekujących na udzielenie świadczeń na oddziałach szpitalnych - rzeczywisty średni czas oczekiwania		IV.14.3.2	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza

Rejestr oczekujących na wybrane procedury na oddziałach szpitalnych, na które czas oczekiwania przekraczał 6 m-cy - rzeczywisty średni czas oczekiwania		IV.14.4.	na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Rejestr oczekujących, których czas oczekiwania przekraczał 6 m-cy według przyczyn głównych udzielenia świadczenia - rzeczywisty średni czas oczekiwania		IV.14.5.	
Hospitalizacje w rodzaju: [wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego]	Lecznictwo szpitalne	IV.15.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	IV.15.2	
	Rehabilitacja lecznicza	IV.15.3	
	Opieka długoterminowa	IV.15.4	
	Leczenie uzdrowiskowe	IV.15.5	
Osoby leczone w zakładach opieki zdrowotnej: [wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego]	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	IV.16.1	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza
	Opieka długoterminowa	IV.16.2	na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju

KOSZTY ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ WEDŁUG KATEGORII PLANU FINANSOWEGO

Tabela IV.F. Koszty według Oddziałów Wojewódzkich NFZ w rodzaju: [wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego] [1] [2]						Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich		
Narastająco od początku roku do końca kwartału 20..... r.								
l.p.	Oddział wojewódzki	roczny plan finansowy (tys. zł) [3]	wartość świadczeń (tys. zł)			wykonanie kosztów (%) w stosunku do		uwagi
			zакontraktowanych na dany rok [3]	wykonanych	zакontraktowanych /planu finansowego[3] (%) $6=(4/3)*100$	planu finansowego	zawartych kontraktów [4] $7=(5/3)*100$	
1	2	3	4	5	$6=(4/3)*100$	$7=(5/3)*100$	$8=(5/4)*100$	9
	Ogółem							
	[nazwa oddziału]							

[1] Dane według sprawozdań finansowych sporządzanych zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz.694, z późn. zm.) [2] W przypadku profilaktycznych programów zdrowotnych odrębnie należy sporządzić tabelę dla programów finansowanych ze środków NFZ i odrębnie dla programów realizowanych na zlecenie MZ [3] Plan finansowy z dnia: [4] W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej oraz w przypadku zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze kolumny: 4,6 i 8 nie są wypełniane.

Tabela IV.F.13 Refundacja leków [1]			Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich NFZ		
Narastająco do końca kwartału 20..... r.					
lp.	Oddział wojewódzki	roczny plan finansowy (w tys. zł) [2]	koszty refundacji cen leków		uwagi
			narastająco (w tys. zł)	w stosunku do planu finansowego (%)	
1	2	3	4	$5=(4/3)*100\%$	6
1	Ogółem				
2	[nazwa oddziału]				

[1] Dane według sprawozdań finansowych sporządzanych zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości. [2] Plan finansowy z dnia:

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Tabela IV.1.1.1 Podstawowa opieka zdrowotna - wg zakresów świadczeń lekarzy POZ [1]					Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
Narastająco od początku roku do końca półrocza 200..... r.						
lp.	Oddział wojewódzki	liczba				uwagi
		porad	porad domowych	patronaży	wykonanych badań bilansowych[2]	
1	2	3	4	5	6	7
1	Ogółem					
2	[nazwa oddziału]					

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. [2] Należy uwzględnić wszystkie badania bilansowe, do wykonania których lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest zobowiązany zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 27 ust. 3 ustawy.

Tabela IV.1.1.2 Podstawowa opieka zdrowotna - wg zakresów świadczeń pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej [1]				Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.					
lp.	oddział wojewódzki	liczba wykonanych:		uwagi	
		wizyt	wizyt patronażowych		
1	2	3	4	5	
1	Ogółem				
2	[nazwa oddziału]				

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.1.3 Podstawowa opieka zdrowotna - wg zakresów świadczeń położnej środowiskowo-rodzinnej [1]			Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.				
lp.	oddział wojewódzki	liczba wykonanych:		uwagi
		wizyt	wizyty patronażowych	
1	2	3	4	5
1	Ogółem			
2	[nazwa oddziału]			

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.1.4 Podstawowa opieka zdrowotna - wg zakresów świadczeń pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania [1]					Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich		
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20..... r.							
l.p.	oddział wojewódzki	liczba wykonanych				Liczba uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową	uwagi
		badań bilansowych	badań przesiewowych	w szkole szczepień ochronnych	innych udokumentowanych świadczeń profilaktycznych		
1	2	3	4	5	6	7	8
	Ogółem						
	[nazwa oddziału]						

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.2.1 Podstawowa opieka zdrowotna - nocna i świąteczna pomoc lekarska [1]					Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.						
lp.	oddział wojewódzki	ambulatoryjna		wyjazdowa		uwagi
		liczba porad udzielonych osobom		liczba porad domowych udzielonych osobom		
		wpisany na listę	spoza listy	wpisany na listę	spoza listy	
1	2	3	4	5	6	7
1	Ogółem					
2	[nazwa oddziału]					

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.2.2 Podstawowa opieka zdrowotna - nocna i świąteczna pomoc pielęgniarska [1]					Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
--	--	--	--	--	--	--

Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.						
Lp.	oddział wojewódzki	ambulatoryjna		wyjazdowa		uwagi
		liczba wizyt udzielonych osobom		liczba wizyt domowych udzielonych osobom		
		wpisanym na listę	spoza listy	wpisanym na listę	spoza listy	
1	2	3	4	5	6	7
1	Ogółem					
2	[nazwa oddziału]					

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.3 Podstawowa opieka zdrowotna - transport sanitarny[1]				Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.				
Lp.	oddział wojewódzki	liczba przewozów		uwagi
1	2	3		4
1	Ogółem			
2	[nazwa oddziału]			

[1] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.1.4.1. Podstawowa opieka zdrowotna - liczba osób objętych opieką lekarza poz uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej						Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich
Stan na koniec... półrocza 20.....r.						
lp.	oddział wojewódzki	liczba osób objętych opieką lekarza poz uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej			podopieczni domów pomocy społecznej, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych i resocjalizacyjnych	uwagi
		według grup wiekowych				
		0-6	7-65	powyżej 65		
1	2	3	4	5	6	7
1	Ogółem					
2	[nazwa oddziału]					

Tabela IV.1.4.2 Podstawowa opieka zdrowotna - liczba osób objętych opieką pielęgniarki poz uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej, według grup wiekowych					Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.					
lp.	oddział wojewódzki	liczba osób objętych opieką pielęgniarki poz uwzględniająca czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej, według grup wiekowych			uwagi
		powyżej 2 miesięcy do 6 lat	od 7 lat do 65 lat	powyżej 65 lat	

1	2	3	4	5	6
1	Ogółem				
2	[nazwa oddziału]				

Tabela IV.1.4.3 Podstawowa opieka zdrowotna - liczba osób objętych opieką położnej poz, z uwzględnieniem czynników mających wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitaacyjnej				Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.					
I.p.	oddział wojewódzki	liczba osób objętych opieką położnej poz według grup wiekowych		uwagi	
		0 do 2 miesięcy	osoby płci żeńskiej powyżej 2 miesięcy		
1	2	3	4	5	
1	Ogółem				
2	[nazwa oddziału]				

Tabela IV.1.4.4. Podstawowa opieka zdrowotna - uczniowie objęci opieką pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania z uwzględnieniem czynników mających wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitaacyjnej										Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich		
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.												
I.p.	oddział wojewódzki	według typów szkół [1]										uwagi
		Typ I		Typ II		Typ III						
		Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	Liczba uczniów	Liczba szkół	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Ogółem											
2	[nazwa oddziału]											

[1] Zgodnie z kategoriami przyjętymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Tabela IV.1.5.1 Podstawowa opieka zdrowotna - lekarze podstawowej opieki zdrowotnej							Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich	
Stan na koniec półrocza 20..... r.								
I.p.	oddział wojewódzki	Liczba lekarzy poz	liczba lekarzy według osób objętych opieką				uwagi	
			do 1.000	1.001-2.500	2.501 do 3.000	powyżej 3.000		
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Ogółem							
2	[nazwa oddziału]							

Tabela IV.1.5.2 Podstawowa opieka zdrowotna - pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej						Zbiórca według Oddziałów Wojewódzkich	
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.							
l.p.	oddział wojewódzki	liczba pielęgniarce	liczba pielęgniarce według liczby osób objętych opieką				uwagi
			do 1.000	1.001-2.500	2.501 do 3.000	powyżej 3.000	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Ogółem						
2	[nazwa oddziału]						

Tabela IV.1.5.3 Podstawowa opieka zdrowotna - położne podstawowej opieki zdrowotnej						Zbiórca według Oddziałów Wojewódzkich	
Stan na koniec ... półrocza 20..... r.							
l.p.	oddział wojewódzki	liczba położnych	liczba położnych, według liczby objętych opieką osób płci żeńskiej			uwagi	
			do 5.000	5.000-7.000	powyżej 7.000		
1	2	3	4	5	6	7	
1	Ogółem						
2	[nazwa oddziału]						

Tabela IV.2.1 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna						Zbiórca/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
l.p.	Komórka organizacyjna [1]		świadczenia wykonane [2]			Liczba		uwagi
	Kod	nazwa	liczba	kod	nazwa	osób	Dni[3]	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.), przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. [3] Liczbę dni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest osoba leczona, sesja lub cykl.

Tabela IV.2.2 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczenia współfinansowane						Zbiórca/ Oddział Wojewódzki *.....		
---	--	--	--	--	--	------------------------------------	--	--

Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
I.p.	świadczenie określone w katalogu NFZ świadczeń współfinansowanych [1]		Komórka organizacyjna [2]		świadczenia wykonane [3]			uwagi
	Kod	nazwa	Kod	Nazwa	liczba	Kod	nazwa	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Należy wpisać wszystkie kody i nazwy świadczeń wymienionych w katalogu NFZ świadczeń współfinansowanych w okresie sprawozdawczym. [2] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. [3] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.3.1 Lecznictwo szpitalne						Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
I.p.	Komórka organizacyjna [1]		świadczenia wykonane [2]			Liczba		uwagi
						osób	osobodni [3]	
	Kod	nazwa	Liczba	kod	Nazwa			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: lecznictwo szpitalne. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów na oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji. [3] Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest pobyt, pobyt na oddziale szpitalnym lub inna jednostka wymieniona w § 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia wymienionego w przypisie [2].

Tabela IV.3.2. Lecznictwo szpitalne - programy terapeutyczne (lekowe)						Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
I.p.	program zgodnie z katalogiem NFZ [1]		Komórka organizacyjna [2]		liczba wykonanych świadczeń w	Liczba osób	uwagi	
	Kod	nazwa	Kod	nazwa	poszczególnych zakresach[3]			
1	2	3	4	5	6	7	8	

--	--	--	--	--	--	--	--

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Należy wpisać wszystkie kody i nazwy programów wymienionych w katalogu NFZ w okresie sprawozdawczym. [2] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: leczenie szpitalne. [3] W jednym wierszu należy wpisać tylko jeden zakres świadczeń dotyczący danego programu terapeutycznego.

Tabela IV.4 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień						Zbiorca/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
lp.	Komórka organizacyjna [1]		świadczenia wykonane [2]			liczba		uwagi
	Kod	nazwa	liczba	kod	Nazwa	osób	osobodni [3]	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów na oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji. [3] Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest pobyt, pobyt na oddziale szpitalnym lub inna jednostka wymieniona w § 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia wymienionego w przypisie [2].

Tabela IV. 5 Rehabilitacja lecznicza						Zbiorca/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
lp.	Komórka organizacyjna [1]		świadczenia wykonane [2]			Liczba		uwagi
	Kod	nazwa	liczba	kod	nazwa	osób	osobodni [3]	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: Rehabilitacja lecznicza. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów na oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji. [3] Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest pobyt, pobyt na oddziale szpitalnym lub inna jednostka wymieniona w § 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia wymienionego w przypisie [2].

Tabela IV. 6 Opieka długoterminowa						Zbiorca/ Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
lp.	Komórka organizacyjna [1]		Świadczenia wykonane [2]			liczba		uwagi
	Kod	Nazwa	liczba	kod	nazwa	osób	osobodni [3]	

1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1]Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: opieka długoterminowa. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów na oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończonych hospitalizacji. [3] Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest pobyt, pobyt na oddziale szpitalnym lub inna jednostka wymieniona w § 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia wymienionego w przypisie [2].

Tabela IV.7.1 Leczenie stomatologiczne						Zbiorcza/Oddział Wojewódzki *.....		
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.								
l.p.	zakres świadczeń stomatologicznych zgodnie z katalogiem NFZ[1]	Komórka organizacyjna [2]		świadczenia wykonane [3]			Liczba osób	uwagi
		Kod	Nazwa	liczba	kod	nazwa		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału [1] Należy wpisać wszystkie zakresy świadczeń stomatologicznych wymienionych w katalogu świadczeń stomatologicznych Funduszu w okresie sprawozdawczym [2] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego - leczenie stomatologiczne. [3] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1.

Tabela IV.7.2 Leczenie stomatologiczne - wybrane świadczenia [1]						Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *			
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.									
l.p.	Świadczenie zdrowotne lekarza dentysty według kategorii [1]		Świadczenia udzielane						
	nazwa	Odpowiadające kody ICD-9 CM	Dzieciom i młodzieży do 18 roku życia		Osobom powyżej 18 roku życia		Kobietom w ciąży i w okresie połogu		
			Liczba świadczeń	Liczba osób	Liczba świadczeń	Liczba osób	Liczba świadczeń	Liczba osób	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.	Badanie lekarskie stomatologiczne	23.0101, 23.0102, 23.0105 23.06							
2.	Badanie żywotności zębów	23.02							
3.	Rentgenodiagnostyka	23.0301							
4.	Znieczulenie	23.0401, 23.0402							

		23.0403						
5.	Leczenie choroby próchnicowej zębów stałych	23.1101 23.1502-1505, 23.1507-1508						
6.	Leczenie endodontyczne zębów	23.1307-1309, 23.1311-1312						
7.	Zapobieganie i leczenie chorób przyzębia	23.1601, 23.1604-1605, 23.1607, 23.1612, 23.1615, 23.1608, 23.1610, 23.1613, 23.1620 23.1608; 23.1620, 23.160						
8.	Usunięcie zęba	23.1701-1702						
9.	Dłutowanie zęba	23.1703-1704						
10.	Operacyjne usunięcie zęba zatrzymanego	23.1705						
11.	Chirurgiczne zaopatrzenie rany	23.1810, 23.1812-1813						
12.	Założenie opatrunku chirurgicznego	23.1815						
13.	Wycięcie guzka, zmiany guzopodobnej, włókniaka lub pobranie wycinka/biopsji kości wraz z uzyskaniem wyników badania histopatologicznego	23.1901						
14.	Wyluszczenie torbiele zębopochodnej	23.1807						
15.	Wyluszczenie kamienia z przewodu ślinianki	23.1808						
16.	Plastyka połączenia ustno-zatokowego	23.1906, 23.1801						
17.	Nacięcie ropnia	23.2001						
18.	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba, grupy zębów, fragmentu wyrostka zębodołowego i zwichniętej żuchwy.	23.2101-2102, 23.2210						
19.	Zaopatrzenie złamanej szczęki lub żuchwy	23.2205						
20.	Uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej	23.3102-3103						
21.	Zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęce lub żuchwie	23.3104-3105						
22.	Naprawa protez	23.3112, 23.3116-3117						
23.	Leczenie protetyczne osób po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki	23.3118-3124						
24.	Rentgenodiagnostyka ortodontyczna	23.0304, 87.17						
25.	Profilaktyka stomatologiczna	23.1003, 23.1006, 23.1008						
26.	Leczenie choroby próchnicowej zębów mlecznych	23.1501b, 23.1107						

27.	Operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba		23.1706					
28.	Operacyjne usunięcie zawiązków zębów		23.1707					
29.	Resekcja wierzchołka korzenia zęba		23.1802					
30.	Leczenie ortodontyczne wad zgryzu do ukończenia 12. roku życia	Utrzymywacz przestrzeni jako samodzielne postępowanie	23.2310					
31.		Środki do wprowadzenia pojedynczego zęba do łuku	23.2312					
32.		Leczenie aparatem ortodontycznym ruchomym, jednoszczękowym	23.2401					
33.		Leczenie aparatem ortodontycznym ruchomym, dwuszcękowym	23.2402					
34.		Kontrola przebiegu leczenia ortodontycznego	23.2406					
35.		Naprawa aparatu ruchomego	23.2502-2503					
36.		Proteza dziecięca	23.2611-2612					
37.	Leczenie chorób przyzębia		23.1608, 23.1620, 23.1601					
38.	Badania kontrolne nie częściej niż 1 raz na kwartał		23.0102					
39.	Leczenie endodontyczne		23.1308-1309; 23.1312					

[1]Tabela odnosi się wyłącznie do świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty, wymienionych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 31 ust. 4 ustawy, przysługujących niektórym grupom ubezpieczonych. Świadczenia wymienione w wykazach stanowiących załącznik do tego rozporządzenia zostały połączone w szersze kategorie - przyporządkowanie poszczególnych świadczeń według ich kodów ICD-9 CM określa kolumna 3.

Tabela IV.8 Leczenie uzdrawiskowe						Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....	
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.							
l.p.	Komórka organizacyjna [1]		świadczenia wykonane [2]			Liczba	
	kod	nazwa	liczba	kod	nazwa	osób	osobodni [3]
1	2	3	4	5	6	7	8

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z

rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: leczenie uzdrowiskowe. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy. W przypadku pobytów na oddziale szpitalnym należy wykazywać wyłącznie pobyty zakończone hospitalizacją. [3] Liczbę osobodni należy podawać tylko w przypadku, gdy jednostką wskazaną w kolumnie 5-6 jest pobyt, pobyt na oddziale szpitalnym lub inna jednostka wymieniona w § 3 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia wymienionego w przypisie [2].

Tabela IV.9 Pomoc doraźna i transport sanitarny			Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....				
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.							
l.p	Komórka organizacyjna [1]		Świadczenia wykonane [2]			liczba osób	uwagi
	kod	nazwa	liczba	kod	nazwa		
1	2	3	4	5	6	7	8

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane z kategorii planu finansowego: Pomoc doraźna i transport sanitarny. [2] Według jednostek sprawozdawczych wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Tabela IV.10.1 Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ [1]			Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....			
Narastająco od początku roku do końca..... półrocza 20.....r.						
l.p.	program profilaktyczny zgodnie z katalogiem NFZ [2]		charakterystyka populacji objętej programem [3]	liczba osób objętych programem[4]	Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach[5]	Uwagi
	kod	nazwa				
1	2	3	4	5	6	7

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Do tabeli należy dołączyć opis programów, w tym świadczeń wykonywanych w ramach poszczególnych programów. [2] Należy wpisać wszystkie kody i nazwy programów wymienionych w katalogu NFZ w okresie sprawozdawczym [3] Np. grupa wiekowa. [4] Należy wpisać liczbę osób, którym udzielono świadczenia. [5] W jednym wierszu należy wpisać tylko jeden zakres świadczeń dotyczący danego programu.

Tabela IV.10.2 Profilaktyczne programy zdrowotne realizowane na zlecenie Ministra Zdrowia [1]			Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....			
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20..... r.						
l.p.	Program profilaktyczny zgodnie z katalogiem NFZ [2]		charakterystyka populacji objętej programem [3]	Liczba osób objętych programem[4]	liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach[5]	Uwagi
	kod	nazwa				

	kod	nazwa				
1	2	3	4	5	6	7

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału [1] Do tabeli należy dołączyć opis programów, w tym świadczeń wykonywanych w ramach poszczególnych programów. [2] Należy wpisać wszystkie kody i nazwy programów wymienionych w katalogu NFZ w okresie sprawozdawczym. [3] Np. grupa wiekowa. [4] Należy wpisać liczbę osób, którym udzielono świadczenia [5] W jednym wierszu należy wpisać tylko jeden zakres świadczeń dotyczący danego programu.

Tabela IV.11 Świadczenia odrębnie kontraktowane				Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....	
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza 20... r.					
lp.	Zakres świadczeń zgodnie z katalogiem NFZ [1]	Komórka organizacyjna		Liczba wykonanych świadczeń	Uwagi
		kod	nazwa		
1	2	3	4	5	6

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Należy wpisać wszystkie kody i nazwy świadczeń kontraktowanych odrębnie wymienionych w katalogu NFZ.

Tabela IV.12. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze* wg rodzajów				Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....	
Narastająco od początku roku do końca... półrocza 20.....r.					
lp	kod [1]	nazwa [1]	Liczba	wartość wydanych środków/przedmiotów ogółem (w tys.) [2]	uwagi
1	2	3	4	5	6

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Czteroznakowy kod oraz nazwa przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 40 ust. 4 ustawy. [2] Należy wpisywać wartość wydanych środków/przedmiotów w części sfinansowanej przez Fundusz do wysokości obowiązujących limitów cen.

Tabela IV.13.1 Łączna sprzedaż leków w aptekach wg kodów EAN [1][2]								Zbiorcza		
Narastająco od początku roku do końca ... miesiąca kwartału 20..... r.[3]										
lp.	kod EAN	nazwa handlowa leku	postać farmaceutyczna	dawka (wielkość i jednostka)	wielkość opakowania (liczba/ objętość i jednostka)	nazwa chemiczna substancji czynnej (INN)	wielkość sprzedaży (liczba opakowań w szt.)	wartość sprzedaży	kwota refundacji (NFZ)	kwota odpłatności (pacjent)
								w zł		

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

[1] Dla wszystkich leków refundowanych niezależnie od statusu apteki, która go sprzedała. [2] Wyjątkowo tabela ta przekazywana jest wyłącznie w wersji elektronicznej. [3] Wyjątkowo tabela ta sporządzana jest co miesiąc, przekazywana kwartalnie.

Tabela IV.13.2. Zestawienie recept [1] na leki i wyroby medyczne podlegające refundacji dla świadczeniobiorców/osób korzystających ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji*							Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki *.....	
Narastająco od początku roku do końca ... kwartału 20..... r								
Lp	typ recepty [2]	rodzaje uprawnień pacjenta[2]	Liczba pozycji leków	w tys. zł			Uwagi	
				Wartość leków na podstawie recept	Kwota podlegająca refundacji	Opłata wniesiona przez pacjenta		
1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	Razem							
2.	[1]	[1]						

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Poszczególne wiersze tabeli mają być zgodne ze Zbiórczym zestawieniem recept na leki i wyroby medyczne podlegających refundacji, opracowywanym na podstawie rozporządzenia wydanego na podstawie art. 45 ust. 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.). [2] Typ recepty oraz rodzaje uprawnień - oznaczone zgodnie z symbolami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 45 ust. 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Tabela IV.14.1 Oczekujący na potwierdzenie zlecenie na środki pomocnicze/przedmioty ortopedyczne*							Zbiorcza / Oddziału Wojewódzkiego*.....			
Stan na koniec kwartału 20..... roku										
l.p.	kod [1]	nazwa [1]	Liczba oczekujących ogółem	liczba oczekujących, których czas oczekiwania w miesiącach wynosi						
				mniej niż 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	powyżej 24 do 36	powyżej 36	
1	2	3	4=(5+6+7+8+9+10)	5	6	7	8	9	10	

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] nazwa środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego powinna być podawana zgodnie z wymienionymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Tabela IV. 14.2 Liczba osób oczekujących na potwierdzenie skierowania na stacjonarne leczenie uzdrowiskowe[1]				Zbiorca według Oddziałów Wojewódzkich				
Stan na koniec kwartału 20.....roku								
l.p.	Oddział	rodzaj leczenia stacjonarnego	liczba oczekujących ogółem	liczba oczekujących, których czas oczekiwania w miesiącach wynosi				
				mniej niż 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 18	powyżej 18 do 24	powyżej 24
1	2	3	4=(5+6+7+8+9)	5	6	7	8	9
1.	ogółem	szpital uzdrowiskowy						
		sanatorium uzdrowiskowe						
2.	[nazwa oddziału]	szpital uzdrowiskowy						
		sanatorium uzdrowiskowe						

[1] Tabela dotyczy wyłącznie osób, których skierowania nie zostały potwierdzone wyłącznie z powodu braku miejsc (dotyczy skierowań, których celowość została już zaaprobowana przez lekarza specjalistę).

Tabela IV.14.3... Rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie specjalistycznych świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej/świadczeń na oddziałach szpitalnych[1]											Zbiorca / Oddziału Wojewódzkiego*							
Sprawozdanie za ... kwartał 200... roku [2]																		
lp	komórka organizacyjna [3]		liczba osób z listy oczekujących, którym udzielono świadczenia								liczba świadczeniodawców, na których listy wpisani byli oczekujący							
			Ogółem	u których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił							ogółem	u których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił						
				do 1 m-c a	powyżej 1 do 2	powyżej 2 do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	powyżej 24		do 1 m-c a	powyżej 1 do 2	powyżej 2 do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	powyżej 24
1	2	3	4=(5+...+1)	5	6	7	8	9	10	11	12 = (13+...+1)	13	14	15	16	17	18	19

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Tabela przedstawia dane wyliczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie danych o wykonanych każdym świadczeniobiorcy świadczeniach (rzeczywisty czas oczekiwania = data wykonania - data wpisu na listę), a nie na podstawie danych o średnich rzeczywistych czasach oczekiwania z list oczekujących. [2] Dane przedstawiane w tabeli dotyczą wyłącznie osób, którym w danym okresie sprawozdawczym udzielono świadczeń. [3] Kody i nazwy komórek organizacyjnych określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Tabela IV.14.4 Procedury na oddziałach szpitalnych, na które rzeczywisty czas oczekiwania przekraczał 6 m-cy [1]				Zbiorcza / Oddziału Wojewódzkiego*....				
Narastająco do końca ... kwartału 20. roku								
l.p.	Procedura wg klasyfikacji ICD 9CM (cztery znaki) [2]		liczba wykonanych procedur	Dane dotyczące osób z listy oczekujących, którym wykonano procedurę				
	Kod	nazwa		ogółem	których rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił			
					od 6 do 9	powyżej 9 do 12	powyżej 12 do 18	powyżej 18
1	2	3	4	5=6+7+8+9	6	7	8	9

* W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Tabela przedstawia dane wyliczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie danych o wykonanych każdemu świadczeniobiorcy świadczeniach (rzeczywisty czas oczekiwania = data wykonania - data wpisu na listę), a nie na podstawie danych o średnich rzeczywistych czasach oczekiwania z list oczekujących. [2] Należy wpisywać procedury z rozdziału I-XV Klasyfikacji ICD9 CM.

Tabela IV.14.5. Rzeczywisty czas oczekiwania na leczenie zachowawcze [2] w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej/ na oddziałach szpitalnych według przyczyn głównych udzielenia świadczenia[1]				Zbiorcza / Oddziału Wojewódzkiego*....			
Narastająco do końca ... kwartału 20. roku							
l.p.	Przyczyna główna udzielenia świadczenia wg klasyfikacji ICD X (trzy znaki)		Dane dotyczące osób z listy oczekujących, którym udzielono świadczenia i których średni rzeczywisty czas oczekiwania w miesiącach wynosił				
	kod	nazwa	od 6 do 9	powyżej 9 do 12	powyżej 12 do 18	powyżej 18	
1	2	3	4	5	6	7	

* W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Wypełniane tylko w przypadku świadczeń, dla których nie podano kodów ICD 9 CM. [2] Tabela przedstawia dane wyliczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie danych o wykonanych każdemu świadczeniobiorcy świadczeniach (rzeczywisty czas oczekiwania= data wykonania - data wpisu na listę), a nie na podstawie danych o średnich rzeczywistych czasach oczekiwania z list oczekujących.

Tabela IV.15. Hospitalizacje [1] w rodzaju: [wpisać zgodnie z kategorią planu finansowego]			Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki*				
Narastająco od początku roku do końca ... półrocza 20... r.							
lp.	Grupy wieku	osób [2]	Liczba			osobodni	uwagi
			hospitalizacji				
			ogółem	mężczyźni	kobiety		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Ogółem						

2.	Poniżej roku						
3.	1-4						
4.	5-9						
5.	10-14						
6.	15-19						
7.	20-24						
8.	25-29						
9.	30-34						
10.	35-39						
11.	40-44						
12.	45-49						
13.	50-54						
14.	55-59						
15.	60-64						
16.	65-69						
17.	70-74						
18.	75+						
19.	Brak określonego wieku						

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] W tabeli należy wykazywać dane dotyczące wyłącznie hospitalizacji zakończonych w okresie sprawozdawczym. [2] W przypadku gdy jedna osoba, w okresie sprawozdawczym, była hospitalizowana kilka razy, należy wykazać ją tylko raz.

Tabela IV.16. Osoby leczone w zakładach opieki zdrowotnej w rodzaju: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień/ Opieka długoterminowa*			Zbiorcza/ Oddział Wojewódzki*
Sprawozdanie za kwartał 20..... roku [1]			
lp.	Komórka organizacyjna[2]		Liczba osób leczonych
	kod	nazwa	

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Tabela ta przedstawia liczbę osób leczonych (przebywających w zakładzie opieki zdrowotnej) zgodnie ze stanem na ostatni dzień okresu sprawozdawczego. [2] Kody i nazwy komórek organizacyjnych, określone zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przez które realizowane są świadczenia finansowane odpowiednio z kategorii planu finansowego: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień lub opieka długoterminowa.

Okresowe sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia - cz. V

SPIS TABEL

tytuł tabeli	numer	poziom agregacji
Koordinacja systemów - koszty koordynacji wg oddziałów Funduszu	V.1	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
Koordinacja systemów - wartość świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z państw UE/EFTA w Polsce w okresie sprawozdawczym	Leczenie medyczne	V.2.1
	Opieka szpitalna	V.2.2
	Leczenie dentystyczne	V.2.3
	Leki	V.2.4
	Inne świadczenia	V.2.5
Koordinacja systemów - wartość roszczeń zgłoszonych w okresie sprawozdawczym za świadczenia udzielone na obszarze UE/EFTA ubezpieczonym w Polsce	Leczenie medyczne	V.3.1
	Opieka szpitalna	V.3.2
	Leczenie dentystyczne	V.3.3
	Leki	V.3.4
	Inne świadczenia	V.3.5
Koordinacja systemów - wartość kwot zapłaconych w okresie sprawozdawczym	Leczenie medyczne	V.4.1
	Opieka szpitalna	V.4.2
	Leczenie dentystyczne	V.4.3
	Leki	V.4.4
	Inne świadczenia	V.4.5
Koordinacja systemów - kwoty potwierdzone do zwrotu na podstawie formularzy E-126 za świadczenia udzielone w Polsce osobom uprawnionym z państw UE/EFTA	V.5.1.	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Koordinacja systemów - kwoty wypłacone na podstawie formularzy E-126, za świadczenia udzielone na obszarze UE/EFTA osobom ubezpieczonym w Polsce	V.5.2.	
Koordinacja systemów - liczba wystawionych formularzy E-127 oraz wynikających z nich osobomiesięcy	V.6.1	1 zbiorcza
Koordinacja systemów - wartość kwot ryczałtowych wynikająca z formularzy E-127 za dany rok	V.6.2.	
Koordinacja systemów - wartość wypłaconych kwot ryczałtowych wynikająca z formularzy E-127	V.6.3.	
Poświadczenia wydawane przez Fundusz osobom uprawnionym z państw UE/EFTA	V.7	jedna tabela zbiorcza - prezentująca dane dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz dla Funduszu ogółem
Zaświadczenia o prawie do świadczeń na terenie innego państwa UE/EFTA wydawane ubezpieczonym	V.8	dla każdego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (16 tabel) oraz 1 zbiorcza na podstawie tabel wojewódzkich dla całego kraju
Planowe leczenie/badanie diagnostyczne ubezpieczonego poza granicami kraju, przeprowadzone zgodnie z art. 25 ustawy	V.9.1	1 zbiorcza
Zgody na planowe leczenie/badanie diagnostyczne ubezpieczonego poza granicami kraju, wydawane przez Prezesa NFZ na podstawie art. 25 ustawy - informacje szczegółowe	V.9.2	

Tabela V.1 Koordynacja systemów - koszty koordynacji według oddziałów i centrali Funduszu [1]				Zbiorcza
Narastająco od początku roku na koniec ... kwartału 20... r.				
lp	Jednostki organizacyjne NFZ	Koszty leczenia (w tys. zł)		Razem
		ubezpieczonych w NFZ	uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji	
1	2	3	4	5=3+4
1	Razem			
2	[nazwa oddziału]			
17	[centrala]			

[1] Dane według sprawozdań finansowych sporządzanych zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

Tabela V.2. Koordynacja systemów - wartość świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z państw UE/EFTA w Polsce na podstawie rozliczeń przedstawionych przez świadczeniodawców w okresie sprawozdawczym				Zbiorcza
leczenie medyczne/ leczenie dentystyczne/ leki/ hospitalizacja/ inne świadczenia *				
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20... roku				
lp.	Państwo UE / EFTA	osoby uprawnione z państw UE/EFTA, którym udzielono świadczeń w Polsce na koszt Funduszu		Uwagi
		liczba formularzy E-125	wartość udzielonych świadczeń ogółem (w tys. zł)	
1	2	3	4	5
1	Ogółem			
	[nazwa państwa]			

* Niepotrzebne skreślić.

Tabela V.3. Koordynacja systemów - wartość roszczeń zgłoszonych w okresie sprawozdawczym za świadczenia udzielone na obszarze UE/EFTA ubezpieczonym w NFZ				Zbiorcza
leczenie medyczne/ leczenie dentystyczne/ leki/ hospitalizacja/ inne świadczenia *				
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20..				
lp.	Państwo UE / EFTA	Ubezpieczeni w NFZ, którym udzielono świadczeń na obszarze UE/EFTA		Uwagi
		liczba formularzy E-125	wartość świadczeń ogółem (w tys. zł)	
1	2	3	4	5
1	Ogółem			
	(nazwa państwa)			

* Niepotrzebne skreślić.

V.4. Koordynacja systemów - wartość kwot zapłaconych w okresie sprawozdawczym				Zbiorcza
leczenie medyczne/ leczenie dentystyczne/ leki/ hospitalizacja/ inne świadczenia *				
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20..				
lp.	państwo UE/EFTA	wartość kwot (w tys. zł) zapłaconych		Uwagi
		Polsce przez inne państwa członkowskie za osoby uprawnione z państw UE/EFTA, którym udzielono świadczeń w Polsce	przez Polskę innym państwom członkowskim za ubezpieczonych w Polsce, którym udzielono świadczeń na obszarze UE/EFTA	
1	2	3	4	5
1	Ogółem			
	[nazwa państwa]			

* Niepotrzebne skreślić.

Tabela V.5.1 Koordynacja systemów - kwoty potwierdzone do zwrotu na podstawie formularzy E-126 za świadczenia udzielone w Polsce osobom uprawnionym z państw UE/EFTA				Zbiorcza/..... Oddział Wojewódzki*	
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20..					
lp.	państwo UE/EFTA	liczba formularzy E-126		wartość kwot potwierdzonych do zwrotu przez Oddział ogółem (w tys. zł)	Uwagi
		które wpłynęły do Oddziału	dla których określono kwotę do zwrotu		
1	2	3	4	5	6
1	Ogółem				
	[nazwa państwa]				

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału.

Tabela V.5.2 Koordynacja systemów - kwoty zatwierdzone do wypłaty na podstawie formularzy E-126 za świadczenia udzielone na obszarze UE/EFTA ubezpieczonym w NFZ				Zbiorcza/..... Oddział Wojewódzki *		
Narastająco od początku roku do końca..... półrocza 20..						
lp.	państwo UE/EFTA	Liczba złożonych wniosków	wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków ogółem (w tys. zł)	Liczba osób, dla których zatwierdzono kwoty do zwrotu	Wartość zatwierdzonych kwot do wypłaty ogółem (w tys. zł)	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7
1	ogółem					
	[nazwa państwa]					

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału.

Tabela V.6.1 Koordynacja systemów - liczba wystawionych formularzy E-127 oraz wynikających z nich osobomiesięcy										Zbiorcza
Narastająco od początku roku do końca roku 20....										
lp.	państwo UE/EFTA	osoby uprawnione z państw UE/EFTA, za które Polska powinna wnioskować o kwoty ryczałtowe zgodnie z art. 94 oraz 95				ubezpieczeni w NFZ, za których Polska powinna zapłacić kwoty ryczałtowe zgodnie z art. 94 oraz 95				Uwagi
		liczba wystawionych przez NFZ E-127 w ślad za zarejestrowanym formularzem:		liczba osobomiesięcy ogółem		liczba przesłanych przez inne państwo UE/EFTA E-127 w ślad za zarejestrowanym formularzem:		liczba osobomiesięcy ogółem		
		E-121	E-109	E-121	E-109	E-121	E-109	E-121	E-109	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	ogółem									
	[nazwa państwa]									

Tabela V.6.2 Koordynacja systemów - wartość kwot ryczałtowych wynikająca z formularzy E-127 za rok							Zbiorcza
Narastająco od początku roku do końca roku 20....							
lp.	państwo UE/EFTA	za osoby uprawnione z państw UE/EFTA, za które Polska wnioskowała o kwoty ryczałtowe z art. 94 oraz 95		za ubezpieczonych, za których Polska powinna zapłacić kwoty ryczałtowe z art. 94 oraz 95		uwagi	
		E-121	E-109	E-121	E-109		
1	2	3	4	5	6	7	
1	ogółem						
	[nazwa państwa]						

Tabela V.6.3 Koordynacja systemów - wartość wypłaconych kwot ryczałtowych wynikająca z formularzy E-127						Zbiorcza
Narastająco od początku roku do końca roku 20....						
lp.	państwo UE/EFTA	wartość kwot zapłaconych (w tys. zł)				Uwagi
		Polsce za osoby uprawnione z państw UE/EFTA wynikająca z formularzy		przez Polskę za ubezpieczonych wynikająca z formularzy		
		E-121	E-109	E-121	E-109	
1	2	3	4	5	6	7
1	ogółem					
	[nazwa państwa]					

Tabela V.7 Koordynacja systemów - poświadczenia wydawane przez NFZ osobom uprawnionym z państw UE/EFTA							Zbiorcza według Oddziałów Wojewódzkich				
Sprawozdanie za ...półrocze 20..											
lp.	Oddział	Liczba poświadczeń według dokumentów, na podstawie których zostały wydane									
		wydanych w okresie sprawozdawczym					ważnych w okresie sprawozdawczym				
		E-106	E-109	E-120	E-121	E-123	E-106	E-109	E-120	E-121	E-123
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Ogółem										
	[nazwa oddziału]										

Tabela V.8. Koordynacja systemów - zaświadczenia o prawie do świadczeń na terenie innego państwa UE/EFTA wydawane ubezpieczonym							Zbiorcza/..... Oddział Wojewódzki*				
Narastająco od początku roku do końca półrocza 20...											
lp.	Państwo UE/EFTA	Liczba wydanych zaświadczeń									
		EKUZ [1]	Certyfikat [2]	E 104	E 106	E 109	E 120	E 121	E 123		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1.	Ogółem										
	[nazwa państwa]										
	państwo nieokreślone [3]										

* Niepotrzebne skreślić. W przypadku gdy tabela prezentuje dane dotyczące Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, należy także wpisać nazwę Oddziału. [1] Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego. [2] Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ. [3] W tym wierszu wykazywane są przypadki, w których zaświadczenia nie można przypisać do konkretnego państwa.

Tabela V.9.1. Planowe leczenie/badanie diagnostyczne ubezpieczonego poza granicami kraju, przeprowadzone zgodnie z art. 25 ustawy						Zbiorcza	
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20..							
Liczba złożonych wniosków o przeprowadzenie		liczba zgód [1]na			Koszty przewidywane przez NFZ (w tys.zł)		
planowego leczenia	badania diagnostycznego	planowe leczenie	badanie diagnostyczne	planowego leczenia	badania diagnostycznych		
1	2	3	4	5	6		

Tabela V.9.2. Zgody na planowe leczenie/badanie diagnostyczne ubezpieczonego poza granicami kraju, wydawane przez Prezesa NFZ na podstawie art. 25 ustawy - informacje szczegółowe						Zbiorcza
Narastająco od początku roku do końca.....półrocza 20...						
lp.	Rodzaj świadczenia [1]	szczełowy zakres świadczenia [2]	Czas oczekiwania[2]		kraj, w którym przeprowadzono leczenie	Koszty przewidywane przez NFZ (w tys. zł)
			przewidywany zgodnie z listą oczekujących	dopuszczalny czas oczekiwania		
1	1	2	3	4	5	6

[1] Wpisać: badanie diagnostyczne lub planowe leczenie. [2] Wpisać zgodnie z danymi zamieszczonymi we wniosku, określonym zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 25 ust. 3 ustawy.

W formie załącznika proszę opisać najważniejsze zagadnienia tej części sprawozdania z działalności za ... półrocze 20.....

ZAŁĄCZNIK Nr 2

MINIMALNY ZAKRES ZBIORCZYCH INFORMACJI PRZEKAZYWANYCH PRZEZ FUNDUSZ WOJEWODOM ORAZ MARSZAŁKOM WOJEWÓDZTW

1. Minimalny zakres zbiorczych informacji obejmuje dane dotyczące:
 - 1) średniego czasu pobytu, który przedstawiany jest:
 - a) dla każdego szpitala oraz zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego udzielającego świadczeń na terenie województwa:
 - oznaczonego przez nazwę, REGON oraz kod terytorialny powiatu miejsca udzielania świadczeń,
 - według komórek organizacyjnych,
 - b) odrębnie dla zamieszkujących na terenie województwa:
 - świadczeniobiorców,
 - osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie;
 - 2) liczby procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (kod tworzą pierwsze cztery znaki) wykonanych:
 - a) w oddziałach szpitalnych udzielających świadczeń na terenie województwa w podziale na powiaty miejsca udzielenia świadczeń,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek;
 - 3) liczby hospitalizacji i osób hospitalizowanych:
 - a) przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, w podziale na powiaty miejsca udzielenia świadczenia,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek;
 - 4) głównych przyczyn udzielenia świadczeń, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (kod tworzą 3 znaki dla opieki ambulatoryjnej oraz 5 znaków dla opieki szpitalnej):
 - a) odrębnie dla świadczeń udzielonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa:
 - w poradniach specjalistycznych,
 - w oddziałach szpitalnych,

- b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek;
- 5) liczby świadczeń wyrażanych w kodach świadczeń określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy oraz liczby osób, którym udzielono tych świadczeń w zakresie następujących kodów:
- a) z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej:
- kod 2.4 porada w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
 - kod 8.4 porada w domu pacjenta,
 - kod 2.5 porada patronażowa w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
 - kod 2.17 bilans zdrowia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
 - kod 8.5 porada patronażowa w domu pacjenta,
 - kod 8.7 wizyta patronażowa w domu pacjenta,
 - kod 8.17 bilans zdrowia w domu pacjenta
- przy czym dla świadczeń o kodzie: 2.4 porada w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz 8.4 porada w domu pacjenta dane dotyczą świadczeń udzielonych:
- przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, według powiatów miejsca udzielenia świadczenia,
 - odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na gminę i powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek,
- przy czym dla pozostałych świadczeń dane dotyczą wyłącznie zbiorczej liczby świadczeń udzielonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, według powiatów miejsca udzielenia świadczenia,
- b) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:
- kod 4.4 porada w leczeniu ambulatoryjnym specjalistycznym,
 - kod 4.10 sesja w leczeniu ambulatoryjnym specjalistycznym,
 - kod 7.4 porada w pozostałej opiece ambulatoryjnej,
- c) z zakresu rehabilitacji:
- kod 9.1 pobyt w oddziale szpitalnym w rehabilitacji stacjonarnej,
 - kod 11.4 porada w rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 11.6 wizyta w rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 11.8 cykl leczenia w rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 11.11 osoba leczona w rehabilitacji ambulatoryjnej,
 - kod 12.4 porada w zakresie rehabilitacji w domu pacjenta,
 - kod 12.6 wizyta w zakresie rehabilitacji w domu pacjenta,
 - kod 12.11 osoba leczona w zakresie rehabilitacji w domu pacjenta,
- d) z zakresu leczenia stacjonarnego:
- kod 0.1 pobyt w oddziale szpitalnym w leczeniu stacjonarnym,
 - kod 0.16 hemodializa w leczeniu stacjonarnym,
 - kod 0.3 pobyt w leczeniu stacjonarnym,
 - kod 1.2 leczenie jednego dnia,
 - kod 1.16 hemodializa w leczeniu jednego dnia,
- e) z zakresu stomatologii:
- kod 3.4 porada w leczeniu stomatologicznym,
 - kod 3.9 badanie w leczeniu stomatologicznym,
- f) z zakresu stacjonarnej opieki długoterminowej:
- kod 14.1 pobyt w oddziale szpitalnym w stacjonarnej opiece długoterminowej,
 - kod 14.3 pobyt w stacjonarnej opiece długoterminowej
- przy czym dla świadczeń wymienionych w lit. b-f dane dotyczą świadczeń udzielonych:
- przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, według powiatów miejsca udzielenia świadczenia,
 - odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania, płeć i wiek,
- a dla świadczeń oznaczonych kodem: 4.4 porada w leczeniu ambulatoryjnym specjalistycznym; 7.4 porada w pozostałej opiece ambulatoryjnej; 0.1 pobyt na oddziale szpitalnym w leczeniu stacjonarnym; 1.2 leczenie jednego dnia - dane przedstawia się dodatkowo według komórek organizacyjnych;

- 6) liczby przyjęć i wypisów według trybu przyjęcia i wypisu, określonego w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy:
 - a) w szpitalach udzielających świadczeń na terenie województwa, w podziale na powiaty miejsca udzielania świadczenia,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b;
 - 7) liczby przewozów środkami transportu sanitarnego:
 - a) przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, w podziale na:
 - rodzaje transportu, zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej,
 - główne przyczyny według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (kod tworzą pierwsze trzy znaki),
 - cel przewozu, zgodnie z kodem określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy,
 - stopnie niesprawności osoby, która skorzystała z przejazdu środkiem transportu, według stopnia niesprawności, określanego zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 41 ust. 4 ustawy,
 - b) odrębnie dla grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiat miejsca zamieszkania
 - przy czym w przypadku transportu sanitarnego udzielonego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej dane dotyczą wyłącznie zbiorczej liczby przewozów według celów, o których mowa w tiret trzecim;
 - 8) wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego:
 - a) świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, w podziale na:
 - rodzaje zespołów, zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej,
 - główne przyczyny według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (kod tworzą pierwsze trzy znaki),
 - b) do wszystkich osób, którym udzielono świadczeń na terenie województwa;
 - 9) podstawowej opieki zdrowotnej dotyczące liczby:
 - a) świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa według rodzajów (lekarze, pielęgniarki, położne, pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania) w podziale na powiaty i gminy miejsca udzielania świadczenia,
 - b) osób objętych opieką w zakresie grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiaty i gminy miejsca ich zamieszkania - dla każdego rodzaju świadczeniodawcy, wskazanego w lit. a;
 - 10) programów zdrowotnych finansowanych przez Fundusz oraz realizowanych na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, w odniesieniu do liczby osób objętych każdym programem oraz liczby udzielonych im świadczeń w każdym zakresie programu:
 - a) dotyczące grup wskazanych w pkt 1 lit. b; każda grupa w podziale na powiaty miejsca zamieszkania,
 - b) udzielonych przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa;
 - 11) list oczekujących przekazywanych przez poszczególnych świadczeniodawców, udzielających świadczeń na terenie województwa, zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, w zakresie:
 - a) liczby oczekujących,
 - b) średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.

Poszczególni świadczeniodawcy oznaczeni są przez nazwę, numer REGON oraz kod terytorialny powiatu miejsca udzielania świadczeń.
2. W każdym przypadku, gdy dane mają być przekazywane w podziale na:
- 1) komórki organizacyjne - komórki te należy oznaczać zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
 - 2) wiek - należy uwzględnić następujące przedziały wiekowe: poniżej roku, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75+.

WZÓR BUDOWY KOMUNIKATÓW ELEKTRONICZNYCH

Poziom	Element	Atrybut	Krotność	Nazwa	Format [wartość domyślna]	Opis	Ograniczenia i inne zależności
0	komunikat		1	Komunikat			Przy konstrukcji komunikatu założono, że płatnik ma możliwość przekazania poszczególnych wymaganych załącznikiem nr 2 do rozporządzenia raportów jednorazowo w jednym komunikacie bądź w oddzielnych komunikatach. W związku z powyższym krotność elementów o nazwie zaczynającej się od ciągu znaków raport- przyjmuje wartość 0-1. Podane założenie ma na celu elastyczne dopasowanie się do możliwości technicznych odbiorców komunikatów
		typ	1	Typ komunikatu	tekst(3)		Przyjmuje wartość "SWO" - sprawozdawczość dla wojewódw i marszałków województw
		wersja	1	Wersja komunikatu	tekst(8)		1.0
		id-odb	1	Identyfikator odbiorcy	tekst(2)	Kod terytorialny województwa	02 do 32
		id-nad	1	Identyfikator nadawcy	tekst(2)	Kod oddziału Wojewódzkiego NFZ	01 do 16
		id-inst-nad	1	Identyfikator systemu informatycznego nadawcy	tekst do 38	Identyfikator systemu informatycznego nadawcy, z którego wygenerowano komunikat	
		nr-gen	1	Nr generacji	liczba (8,0)	Unikalny numer komunikatu wygenerowanego z systemu informatycznego nadawcy	
		czas-gen	1	Data i czas generacji komunikatu	data + czas	Data i czas wygenerowania komunikatu	
1	spraw-wojew		1	Sprawozdanie			
		rok	1	Rok sprawozdawczy	liczba(4)	Rok sprawozdawczy	
		okres-typ	1	Typ okresu sprawozdawczego	1 duża litera	Typ okresu sprawozdawczego	Obecnie przyjmuje wartość: K - kwartał
		okres-nr	1	Nr okresu sprawozdawczego	liczba(1)	Nr okresu sprawozdawczego w ramach roku	
2	raport-1		0-1*	Średni czas pobytu w szpitalach, ZOL i ZPO			na podstawie ust. 1 pkt 1 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	rapor-1-swd		1-n	Świadczeniodawca			
		regon	1	REGON	tekst(9)	REGON	

		nazwa	1	Nazwa	tekst(150)	Nazwa	
			1-n				
		nr	1	Numer komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst(3)	Numer komórki organizacyjnej świadczeniodawcy - VII część kodu resortowego	Podawany wtedy, gdy został nadany, w przeciwnym przypadku przyjmuje wartość "000".
		typ	1	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst(4)	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy - VIII część kodu resortowego	
4	raport1-kom-org	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg adresu komórki organizacyjnej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2-osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		liczba-dni	1	Średnia liczba dni pobytu	liczba(3)	Średnia liczba dni pobytu	średnia liczba dni pobytu dla zamieszkujących na terenie województwa
2	raport-2		0-1	Liczba procedur medycznych wykonanych na oddziałach szpitalnych			na podstawie ust. 1 pkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia
			1-n				
3	raport2-swd	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
			1-n				
4	raport2-swb	teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/ osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci świadczeniobiorcy	0-pleć nieokreślona, 1-mężczyźni, 2-kobiety, 9-pleć nieznaną
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa świadczeniobiorców	Grupa wiekowa, do której należą świadczeniobiorcy: 00-poniżej 1 roku, 01 - lata 1-4, 02-lata 5-9, 03-lata 10-14, 04-lata 15-19, 05-lata 20-24, 06-lata 25-29, 07-lata 30-34, 08-lata 35-39, 09-lata 40-44, 10-lata 45-49, 11-lata 50-54,

							12-lata 55-59, 13-lata 60-65, 14-lata 65-69, 15-lata 70-74, 16-lata 75+
		kod-proc	1	Kod procedury medycznej	tekst(4)	Kod procedury medycznej	Wg ICD9 CM - pierwsze 4 znaki, z kropką włącznie (xx.x, gdzie x dana cyfra z kodu ICD9 CM)
		liczba-proc	1	Liczba procedur medycznych	liczba(8,0)	Liczba wykonanych procedur medycznych	
2	raport-3		0-1	Liczba hospitalizacji i osób hospitalizowanych			na podstawie ust. 1 pkt 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia
			1-n				
3	raport-3-swd	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
			1-n				
4	raport-3-swb	teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub osoby uprawnionej
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		liczba-swiadc	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba hospitalizacji	
		liczba-osob	1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(8,0)	Liczba osób hospitalizowanych	
2	raport-4_1		0-1	Główne przyczyny udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych			na podstawie ust. 1 pkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia
			1-n				
3	raport-4_1-swd	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
			1-n	Wiersz raportu			
4	raport-4_1-swb	teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/ osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2

		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2
		kod-przyczyny	1	Kod przyczyny	tekst(3)	Kod przyczyny	Kod przyczyny wg ICD 10 - pierwsze trzy znaki
		liczba-swiaucz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
2	raport-4_2		0-1	Główne przyczyny udzielania świadczeń na oddziałach szpitalnych			na podstawie ust. 1 pkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-4_2-swd		1-n				
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
4	raport-4_2-swb		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2
		kod-przyczyny	1	Kod przyczyny	tekst(5) albo tekst(3)	Kod przyczyny	Kod przyczyny wg ICD 10 - pierwsze pięć znaków z wyłączeniem sytuacji, gdy klasyfikacja ICD 10 przewiduje krótszy niż 5-elementowy ciąg znaków, wówczas przekazujemy 3 znaki.
		liczba-swiaucz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
2	raport-5_1		0-1	Liczba udzielonych świadczeń wraz z liczbą osób, którym udzielono świadczenia, wg powiatów, gmin zamieszkania i typów grup osób			na podstawie ust. 1 pkt 5 lit. a załącznika nr 2 do rozporządzenia (kody świadczeń: 2.4, 8.4)
3	raport-5_1-swd		1-n				
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
4	raport-5_1-swb		1-n				
		teryt-gmina-mz	1	Kod terytorialny gminy	tekst(7)	Identyfikator gminy zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz

						wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa	
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2
		kod-swiazcz	1	Kod świadczenia	tekst(5)	Kod świadczenia	kod świadczenia 2.4 lub 8.4
		liczba-swiazcz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
		liczba-osob	1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(8,0)	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	
2	raport-5_2		0-1	Liczba udzielonych świadczeń wg powiatów miejsca udzielania świadczeń			na podstawie ust. 1 pkt 5 lit. a załącznika nr 2 do rozporządzenia (inne kody świadczeń niż: 2.4, 8.4)
			1-n				
3	raport-5_2-swd	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
			1-n				
4	raport-5_2-swb	kod-swiazcz	1	Kod świadczenia	tekst(5)	Kod świadczenia	kod świadczenia zgodnie z ust. 1 pkt 5 lit. a załącznika nr 2 do rozporządzenia - inne niż 2.4 i 8.4
		liczba-swiazcz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
2	raport-5_3		0-1	Liczba udzielonych świadczeń wraz z liczbą osób, którym udzielono świadczenia, w podziale na typy komórek organizacyjnych			na podstawie ust. 1 pkt 5 lit. b-f załącznika nr 2 do rozporządzenia (kody świadczeń: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
			1-n				
3	raport-5_3-swd	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
		typ-kom-org	1	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst(4)	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy - VIII część kodu resortowego	
4	raport-5_3-swb		1-n				
		teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2

		kod-swiaucz	1	Kod świadczenia	liczba(2)	Kod świadczenia	kod świadczenia zgodnie z ust. 1 pkt 5 lit. b-f załącznika nr 2 do rozporządzenia (w zakresie kodów: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
		liczba-swiaucz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
		liczba-osob	1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(8,0)	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	
2	raport-5_4		0-1	Liczba udzielonych świadczeń wraz z liczbą osób, którym udzielono świadczenia, wg powiatów zamieszkania			na podstawie ust. 1 pkt 5 lit. b-f załącznika nr 2 do rozporządzenia (inne kody świadczeń niż: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
3	raport-5_4-swd		1-n				
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
4	raport-5_4-swb		1-n				
		teryt-pow-mz	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		plec	1	Oznaczenie płci	liczba(1)	Oznaczenie płci	jak w elemencie raport-2
		grupa-wiek	1	Grupa wiekowa	tekst(2)	Grupa wiekowa	jak w elemencie raport-2
		kod-swiaucz	1	Kod świadczenia	liczba(2)	Kod świadczenia	kod świadczenia zgodnie z ust. 1 pkt 5 lit. b-f załącznika nr 2 do rozporządzenia (z wyłączeniem kodów: 4.4, 7.4, 0.1, 1.2)
		liczba-swiaucz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń	
		liczba-osob	1	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	liczba(8,0)	Liczba osób, którym udzielono świadczenia	
2	raport-6		0-1	Liczba hospitalizacji wg trybów przyjęć i wypisów w poszczególnych powiatach			na podstawie ust. 1 pkt 6 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-6-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		kod-trybu-p	1	Kod trybu przyjęcia	tekst(2)	Kod trybu przyjęcia	P1- przyjęcie planowane, P2- przyjęcie w trybie nagłym ze

						skierowaniem z pomocy doraźnej, P3- przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem innym niż z pomocy doraźnej, P4- przyjęcie w trybie nagłym bez skierowania
	kod-trybu-w	1	Kod trybu wypisu	tekst(2)	Kod trybu wypisu	W1-zakończenie procesu terapeutyczno-diagnostycznego, W2-skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym, W3-skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej, W4-skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej, W5-skierowanie do dalszego leczenia - inne przypadki, W6 - wypisanie na własne żądanie, W9-zgon
	liczba-hospit	1	Liczba hospitalizacji	liczba(8,0)	Liczba hospitalizacji z daną kombinacją trybu przyjęcia i wypisu	
2	raport-7_1	0-1	Transport sanitarny - liczba przewozów świadczeniobiorców; liczba osób przewiezionych z danym stopniem niesprawności			na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-7_1- wiersz	1-n	Wiersz raportu			
	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
	typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkałi na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
	kod-rodz-trans	1	Kod rodzaju transportu	tekst(4)	Kod rodzaju transportu	wg VIII części kodu resortowego
	liczba-przew	1	Liczba przewozów świadczeniobiorców	liczba(8,0)	Liczba przewozów świadczeniobiorców	na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
	liczba-przew-1	1	Liczba przewiezionych z I-st. niesprawności		Liczba przewiezionych z I-st. niesprawności	na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
	liczba-przew-2	1	Liczba przewiezionych z II-st. niesprawności		Liczba przewiezionych z II-st. niesprawności	na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
2	raport-7_2	0-1	Transport sanitarny - liczba przewozów wg głównych przyczyn			na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-7_2- wiersz	1-n	Wiersz raportu			
	teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
	typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkałi na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na

							podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		kod-przyczyny	1	Kod przyczyny	tekst(3)	Kod przyczyny	Kod przyczyny wg ICD 10 - pierwsze trzy znaki
		liczba-przew	1	Liczba przewozów świadczeniobiorców	liczba(8,0)	Liczba przewozów świadczeniobiorców	
2	raport-7_3		0-1	Transport sanitarny - liczba przewozów wg celów przewozu bez transportu POZ		Transport sanitarny - liczba przewozów wg celów przewozu bez transportu POZ	na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia - nie dotyczy POZ
3	raport-7_3-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkałe na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		kod-celu	1	Kod celu przewozu	tekst(2)	Kod celu przewozu	zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
		liczba-przew	1	Liczba przewozów	liczba(8,0)	Liczba przewozów	
2	raport-7_4		0-1	Transport sanitarny - POZ liczba przewozów wg celów przewozu		Transport sanitarny - POZ liczba przewozów wg celów przewozu	na podstawie ust. 1 pkt 7 załącznika nr 2 do rozporządzenia - dane zbiorcze dla POZ
3	raport-7_4-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		kod-celu	1	Kod celu przewozu	tekst(2)	Kod celu przewozu	zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy
		liczba-przew	1	Liczba przewozów	liczba(8,0)	Liczba przewozów	
2	raport-8_1		0-1	Ratownictwo medyczne - liczba wyjazdów			na podstawie ust. 1 pkt 8 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-8_1-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		rodzaj-zespołu	1	Rodzaj zespołu	tekst(4)	Rodzaj zespołu	wg VIII części kodu resortowego
		liczba-wyjazd	1	Liczba wyjazdów	liczba(8,0)	Liczba wyjazdów	
2	raport-8_2		0-1	Ratownictwo medyczne - liczba wyjazdów wg głównych przyczyn			na podstawie ust. 1 pkt 8 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-8_2-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		kod-przyczyny	1	Kod przyczyny	tekst(3)	Kod przyczyny	Kod przyczyny wg ICD 10 - pierwsze trzy znaki
		liczba-wyjazd	1	Liczba wyjazdów	liczba(8,0)	Liczba wyjazdów	

2	raport-9		0-1	POZ			na podstawie ust. 1 pkt 9 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-9-swd		1-n				
		teryt-gmina-swd	1	Kod terytorialny gminy wg miejsca udzielania świadczeń	tekst(7)	Identyfikator gminy zgodny z TERYT	wg miejsca udzielenia świadczenia
		rodz-swd	1	Rodzaj świadczeniodawcy	tekst(1)	Rodzaj świadczeniodawcy	L-opieka lekarza POZ, P- opieka pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, O-opieka położnej, S-opieka pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania
	liczba-swd	1	Liczba świadczeniodawców	liczba(6,0)	Liczba świadczeniodawców		
3	raport-9-swb		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-gmina-mz	1	Kod terytorialny gminy	tekst(7)	Identyfikator gminy zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
	liczba-osob	1	Liczba osób	liczba(8,0)	Liczba osób objętych opieką		
2	raport-10		0-1	Dane z zakresu profilaktycznych programów zdrowotnych			na podstawie ust. 1 pkt 10 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-10-wiersz		1-n	Wiersz raportu			
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z TERYT	wg miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy/osoby uprawnionej
		typ-grupy	1	Typ grupy osób	liczba(1)	Typ grupy osób	1-świadczeniobiorcy zamieszkali na terenie województwa, 2- osoby uprawnione na podstawie przepisów o koordynacji, którym Fundusz wydał poświadczenie, zamieszkałe na terenie województwa
		kod-prog	1	Kod programu	do 16 znaków	Kod programu w NFZ	Kod zakresu świadczeń, w ramach którego finansowana jest realizacja programu
		liczba-osob	1	Liczba osób	liczba(6,0)	Liczba osób objętych programem	Liczba osób wyznaczona na podstawie unikalnej liczby identyfikatorów świadczeniobiorców i osób uprawnionych, którzy w okresie sprawozdawczym skorzystali ze świadczeń objętych profilaktycznym programem zdrowotnym
	liczba-swiadcz	1	Liczba świadczeń	liczba(8,0)	Liczba świadczeń		
2	raport-11		0-1 *	liczba oczekujących i średni czas oczekiwania			na podstawie ust. 1 pkt 11 załącznika nr 2 do rozporządzenia
3	raport-11-wiersz		1-n	Świadczeniodawca			
		teryt-pow	1	Kod terytorialny powiatu	tekst(4)	Identyfikator powiatu zgodny z	wg miejsca udzielenia świadczenia

				TERYT	
regon	1	REGON	tekst(9)	REGON	
typ-kom-org	1	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy	tekst(4)	Typ komórki organizacyjnej świadczeniodawcy - VIII część kodu resortowego	
nazwa	1	Nazwa	tekst(150)	Nazwa	
kryterium	1	Typ kryterium	tekst(1)	Typ kryterium	"S" - stabilny, "P" - pilny
liczba-oczek	1	Liczba oczekujących	liczba(3)	Liczba oczekujących	
czas-oczek	1	Średni czas oczekiwania	liczba(3)	Średni czas oczekiwania	

Uzasadnienie

Projekt stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 190 ust. 3 ustawy 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 o świadczeniach”. Zgodnie z upoważnieniem ustawowym minister zdrowia jest obowiązany określić:

- 1) zakres informacji zawartych w rocznych i okresowych sprawozdaniach z działalności Funduszu;
- 2) wzór sprawozdania okresowego z działalności Funduszu oraz sposób i terminy jego przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 3) minimalny zakres zbiorczych informacji przekazywanych przez Fundusz wojewodom oraz marszałkom województw na podstawie art. 189a ustawy o świadczeniach, sposób i terminy ich przekazywania oraz wzór budowy komunikatów elektronicznych służących do przekazywanych tych informacji.

Aktualnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw (Dz. U. Nr 152, poz. 127, z późn. zm.). Przedmiotowe rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 190 ust 3 ustawy o świadczeniach. Traci ono moc w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...). Zgodnie z art. 26 tej ustawy rozporządzenie czasowo zachowało moc do czasu wydania nowego aktu wykonawczego, nie dłużej jednak niż 12 miesięcy od dnia jej wejścia w życie.

Po raz pierwszy na poziomie rozporządzenia określono zakres informacji jakie powinno zawierać roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia. Dotychczas o zawartości merytorycznej tego sprawozdania decydował Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, a Minister Zdrowia, który, zgodnie z art. 187 przedstawia Sejmowi RP to Sprawozdanie nie miał wpływu na zawartość informacji prezentowaną w rocznych sprawozdaniach. Tymczasem z analizy rocznych sprawozdań Funduszu za kolejne lata wynika, że sprawozdania te nie były porównywalne, gdyż poszczególne rodzaje świadczeń nie były opisywane przy wykorzystaniu tego samego zestawu danych. Ponadto, wymagana przez ustawę informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, przedstawiana była w sposób skrótowy i nie zawierała części opisowej, wyjaśniającej

zachodzące zmiany i przyczyny tych zmian. Przy charakterystyce dostępności do poszczególnych rodzajów świadczeń Fundusz nie uwzględniał wszystkich wskaźników charakteryzujących dostępność.

Zgodnie z projektowanym rozporządzeniem głównymi częściami Sprawozdania będzie opis realizacji najważniejszych zadań Funduszu oraz zgodnie z art. 102 ust. 5 pkt 11 ustawy o świadczeniach, informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Sprawozdanie nie będzie zawierało części dotyczącej gospodarki finansowej Funduszu, ze względu na fakt, iż na podstawie odrębnych przepisów sporządzane jest roczne sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia oraz roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

W odniesieniu do dotychczas obowiązującego wzoru okresowych sprawozdań z działalności wprowadzono aktualizacje, uwzględniając nowe zapotrzebowanie informacyjne oraz zmiany w przepisach prawnych w zakresie, którego dotyczą tabele.

Projektowane rozporządzenie nie przewiduje zmian dotyczących minimalnego zakresu zbiorczych informacji przekazywanych przez Fundusz wojewodom oraz marszałkom województw ani sposobu i terminu ich przekazywania – w stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw.

Projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu informacji przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wojewodom oraz marszałkom województw

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące

Ministerstwo Zdrowia

Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu

Pan Sławomir Neumann – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu

Pani Ewa Wilkoszewska, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego
tel.: 22 53 00302 e-mail: e.wilkoszewska@mz.gov.pl

Data sporządzenia

2 czerwca 2014 r.

Źródło:

Art. 190 ust. 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.)

Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia

brak

OCENA SKUTKÓW REGULACJI**1. Jaki problem jest rozwiązywany**

Niniejszym rozporządzeniem określa się:

- 1) zakres informacji zawartych w rocznych i okresowych sprawozdaniach z działalności Funduszu;
- 2) wzór sprawozdania okresowego z działalności Funduszu oraz sposób i terminy jego przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 3) minimalny zakres zbiorczych informacji przekazywanych przez Fundusz wojewodom oraz marszałkom województw na podstawie art. 189a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, sposób i terminy ich przekazywania oraz wzór budowy komunikatów elektronicznych służących do przekazywanych tych informacji.

Wskazanie zakresu informacji przedstawianych w rocznym sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wzory tabel okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności w państwach członkowskich UE

Nie dotyczy – zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami ustawowymi, Minister Zdrowia określa zakres informacji, jakie Fundusz umieszcza w okresowych i rocznych sprawozdaniach z działalności.

3. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia			Konieczność przedstawienia w sprawozdaniach z działalności wymaganych przez rozporządzenie elementów.
Wojewodowie, marszałkowie województw			Zapewnienie dostępu do podstawowych informacji o świadczeniach opieki zdrowotnej, udzielonych mieszkańcom poszczególnych województw
Ministerstwo Zdrowia, Sejm RP			Otrzymanie dokumentu, pozwalającego na lepszą ocenę dostępności do świadczeń i działania Funduszu.

4. Informacje o realizacji regulacji, w szczególności o sposobie wywołania skutków

Odnosnie ww. projektu rozporządzenia nie prowadzono tzw. pre-konsultacji. Termin planowanych konsultacji publicznych został określony na 14 dni. Projekt regulacji zostanie przekazany do konsultacji następującym podmiotom:

1. Prezesowi Głównego Urzędu Statystycznego
2. Naczelnej Radzie Lekarskiej
3. Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych
4. Naczelnej Radzie Aptekarskiej
5. Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych

6. Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych;
7. Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
8. Radzie Krajowej Federacji Konsumentów;
9. Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
10. Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
11. Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
12. Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
13. Forum Związków Zawodowych;
14. Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia
15. Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
16. Związkowi Pracodawców Ochrony Zdrowia;
17. Fundacji Batorego;
18. Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
19. Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan;
20. Krajowemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Ratownictwa Medycznego;
21. Związek Pracodawców Business Center Club;
22. Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie;
23. NSZZ „Solidarność 80”;
24. Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Ratowników Medycznych;
25. Radzie Krajowej Federacji Konsumentów;
26. Stowarzyszeniu Pacjentów Primum Non Nocere;
27. Federacji Pacjentów Polskich;
28. Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
29. wojewodom;
30. marszałkom województw.

Projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin Pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979).

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowane zmiany rozporządzenia nie będą miały wpływu na wysokość wydatków budżetu państwa											

Skutki

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Lepsza informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.						
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje,
w tym wskazanie
źródeł danych i
przyjętych do obliczeń
założeń

Projektowane zmiany rozporządzenia nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie
wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli
zgodności).

tak
 nie
 nie dotyczy

zmniejszenie liczby dokumentów
 zmniejszenie liczby procedur
 skrócenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

zwiększenie liczby dokumentów
 zwiększenie liczby procedur
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
 inne: obowiązek przekazania szerszego zakresu danych w
porównaniu ze stanem obecnym

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich
elektronizacji.

tak
 nie
 nie dotyczy

Komentarz: Rozporządzenie określa zakres przekazywanych informacji; obowiązki sprawozdawcze zostały nałożone na Fundusz z dniem wejścia w życie ustawy o świadczeniach, tj. od 2004 r.

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowane zmiany rozporządzenia nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne:

demografia
 mienie państwowe

informatyzacja
 zdrowie

Omówienie wpływu

Projektowane zmiany rozporządzenia nie będą miały wpływu na inne obszary.

11. Planowanie wykonania przepisów i terminy

Pierwsze roczne sprawozdanie z działalności Funduszu powinno zostać sporządzone za rok 2015, a okresowe za I kwartał 2015.

12. Wykaz celów polityki społecznej i gospodarczej

Zakładane cele zostaną zrealizowane w momencie opracowania pierwszego rocznego oraz kwartalnego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, zawierającego wszystkie wymagane elementy.

Brak.