

**ZARZĄDZENIE Nr 157/2021/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 30.09.2021 r.

**w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292 i 1559) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1**  
**Postanowienia ogólne**

**§ 1.** 1. Zarządzenie określa:

- 1) tryb postępowania w sprawie rozpatrywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, wniosków dotyczących indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń udzielonych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których przedmiotem jest udzielanie świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) wzory wniosków w sprawie indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 3) wzór decyzji Funduszu dotyczący wniosków, o których mowa w pkt 2.

2. Warunki składania i rozpatrywania wniosków dotyczą wszystkich rodzajów świadczeń, o ile nie przewidziano inaczej w odrębnych przepisach, wydanych przez Prezesa Funduszu lub ministra właściwego do spraw zdrowia, określających szczegółowe warunki zawierania i realizacji umów dla poszczególnych rodzajów świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1, zwanych dalej „szczegółowymi warunkami umów”.

**§ 2.** 1. Określa się wzór wniosku w sprawie indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1, zwany dalej „wnioskiem”:

- 1) wykonanych ponad limit dni określony w szczegółowych warunkach umów, stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia;

- 2) wykonanych w odstępie nieprzekraczającym 14 dni, wskazanym w szczegółowych warunkach umów, stanowiący załącznik nr 2 do zarządzenia;
- 3) udzielonych:
  - a) niezgodnie z płcią świadczeniobiorcy, albo
  - b) niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy– stanowiący załącznik nr 3 do zarządzenia;
- 4) w przypadku, gdy w ramach umowy dotyczącej realizacji świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne początkiem kolejnej hospitalizacji jest dzień zakończenia poprzedniej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy i nie jest to kontynuacja poprzedniego leczenia, stanowiący załącznik nr 6 do zarządzenia;
- 5) w przypadku przedłużenia czasu trwania rehabilitacji (fizjoterapii) realizowanej w warunkach domowych, stanowiący załącznik nr 7 do zarządzenia;
- 6) w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, stanowiący załącznik nr 4 i 5 do zarządzenia; załącznikami do wniosku jest specyfikacja kosztowa, której wzór określony jest odpowiednio w załączniku nr 4a i 5a do zarządzenia.

2. Określa się wzór:

- 1) wezwania do uzupełnienia lub korekty wniosku, stanowiący załącznik nr 8 do zarządzenia;
- 2) decyzji Funduszu dotyczącej wniosku w sprawie indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń, stanowiący załącznik nr 9 do zarządzenia.

## **Rozdział 2**

### **Składanie wniosku**

**§ 3.** 1. Sprawozdanie lub rozliczenie udzielonych świadczeń, o których mowa w § 2, dokonywane jest na podstawie pozytywnie rozpatrzonego przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu wniosku.

2. Świadczeniodawca, w celu sprawozdania lub rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 1, występuje do dyrektora właściwego oddziału Funduszu z wnioskiem, którego wzór określony jest odpowiednio w załączniku nr 1-7 do zarządzenia.

3. Wniosek generowany jest przez świadczeniodawcę w Centralnej Bazie Wniosków i Decyzji (CBWiD) – aplikacji portalowej służącej do składania i procedowania wniosków oraz administrowania decyzjami w sprawie indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń. Złożenie wniosku może nastąpić w formie:

- 1) papierowej wraz z przesłaną jednocześnie jej wersją elektroniczną albo

2) elektronicznej

- za pośrednictwem aplikacji CBWiD.

4. Wniosek składa się we właściwym oddziale Funduszu, w terminie określonym w szczegółowych warunkach umów. W przypadku, gdy w szczegółowych warunkach umów nie zawarto przepisów określających termin złożenia wniosku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, świadczeniodawca może złożyć wniosek przed rozpoczęciem realizacji świadczenia, w trakcie realizacji świadczenia lub w terminie 7 dni roboczych od dnia zakończenia realizacji świadczenia.

**§ 4.** 1. Złożenie wniosku w formie papierowej, o której mowa w § 3 ust. 3 pkt 1, wymaga wygenerowania i przekazania wniosku za pośrednictwem aplikacji CBWiD, a następnie wydrukowania i przesłania tego wniosku do właściwego oddziału Funduszu. Forma papierowa wniosku wymaga doręczenia przesyłką poleconą lub w inny sposób, z zastrzeżeniem, że fakt doręczenia oraz data doręczenia przesyłki do oddziału Funduszu zostaną potwierdzone podpisem odbiorcy. W przypadku formy papierowej o zachowaniu terminu decyduje data nadania przesyłki.

2. Wraz z wnioskiem świadczeniodawca może przekazać dokumentację medyczną świadczenia, którego dotyczy wniosek. Fakt ten świadczeniodawca potwierdza w aplikacji CBWiD. Dokumentacja medyczna, o której mowa w zdaniu pierwszym, jest przekazywana w formie papierowej jako kopia dokumentacji potwierdzona za zgodność z oryginałem. Przekazanie dokumentacji medycznej wymaga doręczenia przesyłką poleconą lub w inny sposób, z zastrzeżeniem, że fakt doręczenia oraz data doręczenia przesyłki do właściwego oddziału Funduszu zostaną potwierdzone podpisem odbiorcy.

3. Za datę przekazania kompletnego wniosku (obu jego form) przyjmuje się dzień wpływu do właściwego oddziału Funduszu drugiej formy wniosku.

4. W przypadku braku możliwości wygenerowania wniosku za pośrednictwem aplikacji CBWiD, z przyczyn nieleżących po stronie świadczeniodawcy, dopuszcza się możliwość złożenia wniosku wyłącznie w formie papierowej w sposób, o którym mowa w ust. 1.

5. Po ustaniu przyczyny, o której mowa w ust. 4, świadczeniodawca obowiązany jest do niezwłocznego przekazania wniosku w formie elektronicznej, tożsamej z formą papierową.

**§ 5.** 1. Złożenie wniosku w formie elektronicznej, o której mowa w § 3 ust. 3 pkt 2, odbywa się przy użyciu formularza elektronicznego udostępnionego w aplikacji CBWiD, zapewniającej możliwość potwierdzenia złożenia wniosku oraz daty wysłania i

otrzymania wniosku.

2. Świadczeniodawca dokonuje uwierzytelnienia składanego wniosku przez opatrzenie go kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym, składanym z wykorzystaniem własnego oprogramowania.

3. W przypadku złożenia wniosku w formie elektronicznej, za datę przekazania do Funduszu kompletnego wniosku przyjmuje się datę wysłania za pośrednictwem aplikacji CBWiD poprawnie wypełnionego wniosku, wraz z dokumentacją medyczną lub dokumentami, o których mowa w ust. 4.

4. Jeżeli do wniosku złożonego w formie elektronicznej świadczeniodawca dołącza dokumentację medyczną świadczenia którego dotyczy wniosek, lub inne dokumenty, świadczeniodawca przesyła je również w formie elektronicznej w liczbie nie więcej niż 5 plików o dowolnym rozszerzeniu i rozmiarze nieprzekraczającym 10 MB na każdy plik. Przesyłana na CBWiD dokumentacja medyczna oraz dokumenty, o których mowa w zdaniu pierwszym, mogą być opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym, składanym z wykorzystaniem własnego oprogramowania.

5. W przypadku konieczności przekazania dokumentacji medycznej lub dokumentów w plikach przekraczających dopuszczony rozmiar, o którym mowa w ust. 4, stosuje się przepis § 4 ust. 2. Dla zachowania terminu na przekazanie dokumentacji medycznej lub dokumentów, o których mowa w zdaniu pierwszym, przyjmuje się datę nadania przesyłki, zaś za datę przekazania kompletnego wniosku przyjmuje się dzień wpływu do właściwego oddziału Funduszu.

6. W przypadku braku możliwości wygenerowania wniosku w sposób określony w ust. 1, z przyczyn nieleżących po stronie świadczeniodawcy, dopuszcza się możliwość złożenia wniosku wyłącznie w formie papierowej. Wymaga się wówczas doręczenia wniosku w sposób, o którym mowa w § 4 ust. 4, albo za pośrednictwem Platformy ePUAP. W takim przypadku za datę złożenia wniosku przyjmuje się datę nadania przesyłki albo datę oznaczoną w UPP (Urzędowe Poświadczenie Przedłożenia).

7. Po ustaniu przyczyny, o której mowa w ust. 6, świadczeniodawca zobowiązany jest do niezwłocznego przekazania wniosku w formie elektronicznej, tożsamej z formą papierową.

## **Rozdział 3**

### **Rozpatrywanie wniosku**

**§ 6.** 1. Przepisy § 3 ust. 3, § 4 i 5 stosuje się odpowiednio do przekazywania i doręczeń decyzji Funduszu dotyczącej wniosku w sprawie indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń oraz dokumentów, o których mowa w ust. 2, 3, 5, 7, 11 i 14, pomiędzy świadczeniodawcą a oddziałem Funduszu, w trakcie rozpatrywania wniosku w sprawie indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń przez Fundusz.

2. Dyrektor właściwego oddziału Funduszu rozpatruje wniosek, w terminie 15 dni roboczych od dnia otrzymania kompletnego wniosku, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w § 4 ust. 4 albo § 5 ust. 6, albo od dnia przekazania uzupełnionego lub skorygowanego wniosku, o którym mowa w ust. 7.

3. W przypadkach, o których mowa w § 4 ust. 4 albo § 5 ust. 6, dyrektor właściwego oddziału Funduszu rozpatruje wniosek w terminie 15 dni roboczych od dnia przekazania kompletnego wniosku. W przypadku stwierdzenia różnic we wnioskach pomiędzy formą papierową i elektroniczną, oddział Funduszu wzywa świadczeniodawcę do uzupełnienia lub korekty wniosku, zgodnie z ust. 5.

4. W przypadku stwierdzenia przez oddział Funduszu uchybienia terminu lub innych uchybień formalnych wniosku, leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz odmawia wyrażenia zgody na indywidualne sprawozdanie lub rozliczenia świadczenia, którego dotyczy wniosek.

5. W przypadku stwierdzenia braków lub błędów we wniosku, w tym w załącznikach stanowiących specyfikację kosztową, oddział Funduszu wzywa świadczeniodawcę do uzupełnienia lub korekty wniosku, w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania.

6. Uzupełnienie braków może dotyczyć konieczności dostarczenia dokumentacji medycznej świadczenia, którego dotyczy wniosek, jeżeli będzie to niezbędne do rozpatrzenia wniosku.

7. Skorygowany lub uzupełniony wniosek świadczeniodawca przekazuje do właściwego oddziału Funduszu w formie określonej w § 3 ust. 3, z zachowaniem numeru wniosku, w którym stwierdzono braki lub błędy. Dokumentację medyczną lub inne dokumenty świadczeniodawca przekazuje w tej samej formie co wniosek, z zastrzeżeniem § 5 ust. 5.

8. W toku rozpatrywania wniosku, oddział Funduszu może przekazać wniosek do

konsultanta wojewódzkiego lub krajowego w określonej dziedzinie medycyny w celu zasięgnięcia opinii w przedmiocie wniosku.

9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, termin na rozstrzygnięcie wniosku zostaje wydłużony o czas niezbędny do otrzymania opinii, o której mowa w ust. 8.

10. Niewyrażenie przez dyrektora oddziału Funduszu zgody na realizację wniosku albo wyrażenie zgody na kwotę inną od wnioskowanej, wymaga uzasadnienia.

11. W przypadku niewyrażenia zgody na realizację wniosku świadczeniodawcy przysługuje prawo do wystąpienia o ponowne jego rozpatrzenie do dyrektora właściwego oddziału, z wyjątkiem sytuacji, gdy niewyrażenie zgody na realizację wniosku nastąpiło z powodu uchybienia terminu lub innych uchybień formalnych, leżących po stronie świadczeniodawcy. O ponowne rozpatrzenie należy zwrócić się pisemnie w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania decyzji w sprawie rozpatrzenia wniosku.

12. Dyrektor właściwego oddziału Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie, o którym mowa w ust. 11, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.

13. Od rozstrzygnięcia dyrektora oddziału Funduszu wydanego w wyniku rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 12, środek zaskarżenia nie przysługuje.

14. Do czasu rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w § 3 ust. 1, świadczeniodawca może wycofać wniosek, poprzez złożenie pisemnego oświadczenia.

15. Oddział Funduszu prowadzi dokumentację związaną z rozpatrywaniem wniosków, uwzględniającą zakres danych wskazany we wniosku, w tym rejestr decyzji oraz dokumenty, na podstawie których dokonano weryfikacji wniosku.

**§ 7.** Do wniosków w sprawie indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń złożonych i nierozpatrzonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 8.

**§ 8.** Traci moc zarządzenie Nr 169/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 października 2020 r. w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń.

**§ 9.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2021 r.

**PREZES**

**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Bernard Waśko

W zastępstwie p.o. PREZESA  
NFZ