

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr... do umowy nr rodzaj świadczeń: wersja		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego :..... OW NFZ
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ		
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze		

Okres rozliczeniowy od..... do.....										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....**										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje			Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)		
			Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
			Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje						
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu		
Kod miejsca		Nazwa miejsca				
Adres miejsca					TERYT	
				Styczeń	Luty	Marzec
				Kwiecień	Maj	Czerwiec
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień
				Październik	Listopad	Grudzień

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr do umowy nr
rodzaj świadczeń:.....

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

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

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

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

* D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto
** Rodzaj harmonogramu:
P - harmonogram podstawowy
D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)
*** drukowany jeśli wypełniony

****kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.)

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
Załącznik nr do umowy nr
rodzaj świadczeń:.....

UNIKALNY WYROŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

kod oddziału wojewódzkiego NFZ	numer umowy Świadczeniodawcy	okres rozliczeniowy

Lp.	Nr Księgi Głównej /Księgi Poradni/	PESEL pacjenta	masa (lub powierzchnia ciała) pacjenta	kod ICD 10	data podania/ wydania leku	kod substancji czynnej (wg załącznika)	ilość podanej/wydanej substancji czynnej (wielokrotność lub część jednostki miary leku)	kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	taryfa	waga punktowa jednostki miary leku	wartość punktowa podanego/wydanego leku	rodzaj produktu z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne - terapeutyczne programy zdrowotne - program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii <i>niestandardowej</i>	rodzaj wykonywanych produktów z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne - terapeutyczne programy zdrowotne - program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii <i>niestandardowej</i>	waga punktowa świadczenia z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne - terapeutyczne programy zdrowotne - program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii <i>niestandardowej</i>	wartość punktowa świadczeń z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne - terapeutyczne programy zdrowotne - program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii <i>niestandardowej</i>	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 (8x10x11)	13	14	15	16 (14x15)	
1		11111111111(*)				5.08.04.00000000*)						5.08.06.00000001(*)				
2																
3													5.08.06.00000002(*)			
4																
suma													suma			

Razem wartość punktowa podanych/ wydanych leków (**):
Razem wartość punktowa świadczeń (***):
Razem wartość podanych/ wydanych leków (w PLN) (****):
Razem wartość świadczeń (w PLN) (*****):

Uwaga: tabelę sporządzić należy z zachowaniem sortowania rosnąco wg PESEL następnie daty podania/wydania leku

(*) - dane przykładowe
(**) - suma wartości z kolumny 12
(***) - suma wartości z kolumny 16
(****) - (suma wartości z kolumny 12) x cena punktu
(*****) - (suma wartości z kolumny 16) x cena punktu

[illegible]

Zakres danych przekazywanych w wersji elektronicznej

- 1) kod oddziału wojewódzkiego
- 2) numer umowy Świadczeniodawcy
- 3) okres sprawozdawczy

Część I Ewidencja świadczeń

- 1) liczba porządkowa
- 2) Nr Księgi Głównej /Księgi Poradni/
- 3) PESEL pacjenta
- 4) masa (lub powierzchnia ciała) pacjenta
- 5) kod ICD 10
- 6) data podania/ wydania leku
- 7) kod substancji czynnej (wg załącznika)
- 8) ilość podanej/wydanej substancji czynnej (wielokrotność lub część jednostki miary leku)
- 9) kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
- 10) taryfa
- 11) waga punktowa jednostki miary leku
- 12) wartość punktowa podanego/wydanego leku
- 13) kod produktu jednostkowego z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne - terapeutyczne programy zdrowotne - program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej
- 14) liczba wykoananych produktów z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne - terapeutyczne programy zdrowotne - program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej
- 15) waga punktowa świadczenia z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne - terapeutyczne programy zdrowotne - program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej
- 16) wartość punktowa świadczenia z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne - terapeutyczne programy zdrowotne - program leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej

Część II Ewidencja faktur

- 1) liczba porządkowa
- 2) NIP sprzedającego
- 3) nr faktury
- 4) data wystawienia faktury
- 5) nazwa międzynarodowa substancji czynnej
- 6) nazwa handlowa leku
- 7) kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
- 8) postać farmaceutyczna leku
- 9) dawka leku w postaci farmaceutycznej
- 10) ilość fakturowanego leku (sztuki)
- 11) całkowita ilość fakturowanego leku (mg)
- 12) całkowita wartość leku na fakturze [w zł]

Legenda:

lp.	kolejne liczby całkowite
kod oddziału wojewódzkiego	dolnośląski - "01" itd.
numer umowy Świadczeniodawcy	numer umowy nadany przez oddział wojewódzki NFZ

W części I dotyczącej ewidencji świadczeń

w pkt 2 "Nr Księgi Głównej /Księgi Poradni/" należy podać numer, pod którym świadczenie zostało wpisane do Księgi Głównej szpitala, Księgi Poradni

w pkt 3 "PESEL pacjenta" jedenastoznakowa liczba specjalna

w pkt 4 - "masa (lub powierzchnia ciała) pacjenta - należy podać masą lub powierzchnię ciała stosownie do dawkowania przyjętego w schemacie

W Części II dotyczącej ewidencji faktur:

w pkt 4 - data wystawienia faktury - należy podać datę w układzie rrrr-mm-dz

w pkt 5 - "nazwa międzynarodowa substancji czynnej" należy podać wyłącznie nazwę międzynarodową substancji czynnej (bez postaci i dawki)

w pkt 6 - "nazwa handlowa leku" należy podać wyłącznie nazwę handlową leku (bez postaci i dawki) zgodnie z Wykazem Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Nie należy podawać nazwy międzynarodowej substancji czynnej

w kolumnie 8 - "postać farmaceutyczna leku" należy podać wyłącznie postać leku, nie podawać dawki leku

w pkt 9 - "dawka leku w postaci farmaceutycznej" - należy podać dawkę leku zgodną z Wykazem Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

w pkt 10 - "ilość fakturowanego leku" - należy podać wyłącznie ilość fakturowanego leku w postaci leku - np. 1, 10,100 nie wpisywać "szt, tabl. fioł"etc.

w pkt 11 - "całkowita ilość fakturowanego leku (mg)"- należy podać wyłącznie wartość (bez wpisywania mg)

w pkt 12 - "całkowita wartość leku na fakturze" należy podać wartość w zł (bez wpisywania symbolu waluty)