

Instrukcja wypełniania wniosków o dofinansowanie na podstawie Zarządzenia 66/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2021 r. dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej.

Warunkiem uzyskania dotacji jest **złożenie w terminie do dnia 31 grudnia 2021r. kompletu poprawnej dokumentacji**, tj.:

- wniosek o udzielenie dofinansowania (zał. nr 2 do Zarządzenia),
- specyfikacja dofinansowania (zał. nr 3 do Zarządzenia),
- potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów (faktur) potwierdzających nabycie i sfinansowanie (jeśli płatne przelewem to dowód przelewu – wydruk z konta bankowego nie wymaga podpisów i potwierdzania za zgodność) w okresie od 14 kwietnia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. urządzeń informatycznych lub oprogramowania lub usług do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, prowadzenia i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym digitalizacji dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej, określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia .

Przykład wypełniania poszczególnych dokumentów zaprezentowano poniżej, dane w nim zaprezentowane są fikcyjne, uzupełniając dokumenty należy wpisać faktyczne dane dotyczące podmiotu, zawartej umowy (w tym liczby miejsc udzielania świadczeń lekarza POZ) oraz dane dotyczące opłaconych zakupów, które podlegać mają dofinansowaniu.

Dodatkowo przypominam, że zgodnie z zapisami Zarządzenia 177/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu udzielania świadczeń określonego zakresu. W związku z powyższym ilość miejsc udzielania świadczeń **nie stanowi ilości zatrudnionych lekarzy** a ilość gabinetów w różnych lokalizacjach.

Wnioski wraz z załącznikami można przysyłać w formie papierowej (opatrzone odręcznym podpisem) na adres :

Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ,
ul. Podgórna 9b,
65-057 Zielona Góra

lub za pośrednictwem platformy ePUAP (opatrzone podpisem elektronicznym).

Maksymalną wartość kwoty kwalifikującej się do dofinansowania w zależności od kryteriów określają poniższe tabele:

Tabela 1. Brak możliwości odliczenia podatku VAT:

| ilość miejsc udzielania świadczeń (różne adresy/wyróżniki w umowie) | Korzystałem z dofinansowania w 2020 r. | |
|--|--|-----------|
| | TAK | NIE |
| 1 | 3 999,96 | 7 999,92 |
| 2 | 7 999,92 | 15 999,84 |
| 3 | 11 999,88 | 23 999,76 |
| 4 | 15 999,84 | 31 999,68 |
| 5 | 19 999,80 | 39 999,60 |
| 6 | 23 999,76 | 47 999,52 |
| 7 | 27 999,72 | 55 999,44 |
| 8 | 31 999,68 | 63 999,36 |
| 9 | 35 999,64 | 71 999,28 |
| 10 | 39 999,60 | 79 999,20 |

Tabela 2. Możliwość odliczenia podatku VAT:

| ilość miejsc udzielania świadczeń (różne adresy/wyróżniki w umowie) | Korzystałem z dofinansowania w 2020 r. | |
|--|--|-----------|
| | TAK | NIE |
| 1 | 3 252,00 | 6 504,00 |
| 2 | 6 504,00 | 13 008,00 |
| 3 | 9 756,00 | 19 512,00 |
| 4 | 13 008,00 | 26 016,00 |
| 5 | 16 260,00 | 32 520,00 |
| 6 | 19 512,00 | 39 024,00 |
| 7 | 22 764,00 | 45 528,00 |
| 8 | 26 016,00 | 52 032,00 |
| 9 | 29 268,00 | 58 536,00 |
| 10 | 32 520,00 | 65 040,00 |

Podmiot wykonujący działalność leczniczą
zgodny z zawartą umową oraz nazwą
podmiotu wpisaną w cz. I Wniosku o
udzielenie dofinansowania. W przypadku
błędnej nazwy podmiotu proszę o
załączenie noty co do treści potwierdzonej
za zgodność z oryginałem.

Miejsce wystawienia:

Gorzów wlkp.

Data zakończenia dostawy/usług

2019-11-21

Data wystawienia:

2019-11-21

Sprzedawca:

NIP:

Konto:

Bank:

E-mail:

Nabywca:

np. Przychodnia lekarska POZ

ul. Lekarska 25

65-001 Zielona Góra

NIP: 9999999999

Faktura VAT FS 1154/2019

| Lp | Nazwa | PKWiU | Ilość | j.m. | Cena jednostkowa netto | VAT [%] | Wartość netto | Kwota VAT | Wartość brutto |
|----|--------------------------------------|-------|-------|------|------------------------|---------|---------------|-----------|----------------|
| 1 | LCD 21,5 PHILIPS 223V5LHSB2 LED HDMI | | 1,000 | szt. | 7 317,10 | 23 | 7 317,10 | 1 682,90 | 9 000,00 |
| 2 | Laptop ACER | | 1,000 | szt. | 9 756,10 | 23 | 9 756,10 | 2 243,90 | 12 000,00 |

| według stawki VAT | wartość netto | kwota VAT | wartość brutto |
|----------------------------|---------------|-----------|----------------|
| Podstawowy podatek VAT 23% | 17 073,20 | 3 926,80 | 21 000,00 |
| Razem: | 17 073,20 | 3 926,80 | 21 000,00 |

Wymaga załączenia
dowodu przelewu

Razem do zapłaty: 21 000,00

Słownie: dwadzieścia jeden tysięcy PLN 0/100

Pozostało do zapłaty: 21 000,00

W terminie: 7 dni = 2019-11-28 (Płatne przelewem)

Wystawił(a):

Podpis osoby upoważnionej do wystawienia faktury VAT

Odebrał(a):

Podpis osoby upoważnionej do odbioru faktury VAT

Za zgodność z oryginałem

dnia 27.11.2019

Data i podpis osoby upoważnionej
(wpis można wykonać w całości
odręcznie, pieczętka o podanej
treści nie jest wymagana).

WNIOSEK O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA**I. DANE IDENTYFIKACYJNE UPRAWNIONEGO ŚWIADCZENIODAWCY**

| | | | |
|----------------|--------------------------------------|-----|------------|
| Nazwa | Przychodnia Lekarska POZ | | |
| Adres siedziby | Ul. Lekarska 25, 65-001 Zielona Góra | | |
| REGON | 999999999 | NIP | 9999999999 |

II. UMOWA O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

| | |
|----------|----------------|
| Nr umowy | 0401/0999/2020 |
|----------|----------------|

III. LICZBA MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

| | | |
|---|---|---|
| Liczba miejsc udzielania świadczeń lekarza POZ w umowie | 2 | Liczba zgodna z liczbą komórek lekarza POZ w umowie |
|---|---|---|

IV. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA

| | |
|--------------|---|
| zł:12 799,87 | Słownie złotych: dwanaście tysięcy siedemset dziewięćdziesiąt dziewięć zł, 87/100 |
|--------------|---|

Kwota razem z kolumny 10 specyfikacji

V. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO ŚWIADCZENIODAWCY, NA KTÓRY PRZEKAZANE ZOSTANĄ ŚRODKI

| | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| Dane posiadacza rachunku bankowego | Przychodnia Lekarska POZ |
| Nr rachunku bankowego | 99 9999 9999 9999 9999 9999 |

VI. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

Dane o rachunku bankowym na który zostanie przekazana kwota dofinansowania

- spełniam warunki do otrzymania dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2021 r. dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej;
- wydatki poniesione na zakup urządzeń informatycznych lub oprogramowania, lub usług do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, prowadzenia i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym digitalizacji dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej objęte niniejszym wnioskiem o udzielenie dofinansowania zostały sfinansowane ze środków własnych, przed złożeniem wniosku o udzielenie dofinansowania i nie były objęte dofinansowaniem z innych źródeł;
- mam/nie mam¹, możliwość odliczenia podatku VAT (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2020 r. poz. 106, z późn. zm.);

Niepotrzebne skreślić. Taką samą odpowiedź (TAK lub NIE) należy wpisać w nagłówku specyfikacji.

Informacja czy podmiot ma lub nie możliwość odliczenia podatku VAT w oparciu o przepisy ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług Dz. U. z 2020 r. poz. 106 z późn. zm.

¹ Niepotrzebne skreślić

- 4) korzystałem/nie korzystałem² w 2020 r. z dofinansowania określonego w zarządzeniu Nr 27/2020/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2020 r. w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2020 r. dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (zmienionego zarządzeniem Nr 35/2020/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r.).

VI. ZOBOWIĄZANIE

Zobowiązuję się do:

- 1) wykorzystania dofinansowania zakupu urządzeń informatycznych lub oprogramowania, lub usług do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, prowadzenia i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym digitalizacji dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej wyłącznie na cele wskazane w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2021 r. dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej.
Za wykorzystanie przyznanych środków rozumie się zakup, zapłatę oraz odbiór urządzeń informatycznych lub oprogramowania, lub usług do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, prowadzenia i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym digitalizacji dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej;
- 2) stosowania procedur zawierania umów wynikających z ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. poz. 2019 r. chyba że świadczeniodawca nie jest zamawiającym w rozumieniu tej ustawy;
- 3) respektowania do upływu pięciu lat od dnia 1 stycznia 2022 r. prawa Narodowego Funduszu Zdrowia do sprawdzenia prawidłowości wykorzystania przez świadczeniodawców udzielonego dofinansowania;
- 4) przechowywania dokumentacji związanej z udzieleniem dofinansowania, w tym zwłaszcza dowodów zakupu lub wykonania usługi, przez okres co najmniej pięciu lat począwszy od 1 stycznia 2022 r., chyba że przepisy powszechnie obowiązujące przewidują dłuższy okres przechowywania dokumentacji.

.....
Miejscowość i data

Data wypełnienia wniosku

.....
Podpis
osoby upoważnionej
do reprezentowania świadczeniodawcy

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania jednostki zgodnie z właściwymi przepisami (w przypadku podpisu złożonego na mocy pełnomocnictwa proszę o jego dołączenie)

² Niepotrzebne skreślić

Specyfikacja dofinansowania

| | | | |
|---|--------------------------|--|--|
| Nazwa świadczeniodawcy | Przychodnia Lekarska POZ | | |
| NIP świadczeniodawcy | 999-999-99-99 | | |
| Czy podmiot ma możliwość odliczenia VAT (TAK/NIE)* | NIE | odpowiada oświadczeniu z cz. VI pkt. 3) wniosku o dofinansowanie | |
| Czy podmiot w 2020 r. korzystał z dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (TAK/NIE)** | NIE | odpowiada oświadczeniu z cz. VI pkt. 4) wniosku o dofinansowanie | |

| w złotych | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------|----------------|-----------------------------------|---|---|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Lp. | Numer | Data wystawienia (rrrr-mm-dd) | Termin płatności (rrrr-mm-dd) | Wartość netto | Wartość brutto | Data zapłaty faktury (rrrr-mm-dd) | Data: odbioru urządzenia informatycznego lub oprogramowania lub realizacji usługi *** | Wartość kwalifikująca się do dofinansowania | Wnioskowana kwota dofinansowania | Nazwa urządzenia informatycznego | Producent oprogramowania | Nazwa oprogramowania | Nazwa usługi | Uwagi |
| 1 | FS 1154/2019 | 21.11.2019 | 28.11.2019 | 7 317,10 | 9 000,00 | 28.11.2019 | 21.11.2019 | 9 000,00 | 7 200,00 | LCD 21,5 PHILIPS 223V5LHSB2 LED HDMI | — | — | — | |
| 2 | FS 1154/2019 | 21.11.2019 | 28.11.2019 | 9 756,10 | 12 000,00 | 28.11.2019 | 21.11.2019 | 6 999,84 | 5 599,87 | Laptop ACER | — | — | — | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Razem: | | | | 17 073,20 | 21 000,00 | | | 15 999,84 | 12 799,87 | | | | | |

* należy wpisać **TAK** w przypadku możliwości odliczenia VAT, **NIE** w przypadku braku możliwości odliczenia VAT** należy wpisać **TAK** w przypadku jeżeli podmiot w 2020 r. korzystał z dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, **NIE** w przypadku jeżeli podmiot w 2020 r. nie korzystał z dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

*** jeden wiersz może dotyczyć tylko jednej pozycji zakupowej FV zadeklarowanej do dofinansowania, w przypadku kilku pozycji zakupowych FV należy uzupełnić każdy wiersz osobno dla każdej pozycji zakupowej FV

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Każdy wiersz odpowiada kolejnym wierszom z faktury. Jeśli jakaś z pozycji FV nie podlega dofinansowaniu (np. usługa dostawy sprzętu, przesyłka, torba na laptop, itp.) taka pozycja faktury zostaje w specyfikacji pominięta

Faktyczna data zapłaty (jeśli zapłacono przelewem to data przelewu)

W przypadku braku daty dostawy/ odbioru/ wykonania usługi na fakturze należy przyjąć, że jest tożsama z datą wystawienia faktury

Limit wartości kwalifikującej się do dofinansowania można określić na podstawie tabeli 1 i 2 zawartej w instrukcji

To jest wartość, którą należy wpisać w cz. IV Wniosku o dofinansowanie

Podpis tej samej osoby, która podpisała wniosek

Wartości z faktury. Niezależnie, czy łączna ich wartość mieści się w limicie do dofinansowania, czy nie, te kwoty przepisywane są w całości z faktury. Dostosowanie do limitu jest w kolumnie 9.

Proszę podać dane osoby faktycznie sporządzającej wniosek, żeby ułatwić kontakt w sprawie wyjaśnień lub uzupełniania wniosku

Podpis
osoby upoważnionej
do reprezentowania świadczeniodawcy