

Zarządzenie nr/2009/DSOZ
Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 2009 r.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1.

Zarządzenie reguluje postępowanie w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju.

§ 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:
 - 1) **deklaracja** – deklarację wyboru, o której mowa w art. 56 ustawy, złożoną przez świadczeniobiorcę u świadczeniodawcy POZ, w związku z wykonywaniem u tego świadczeniodawcy, zawodów medycznych przez wybranych deklaram: lekarza poz, pielęgniarkę poz, położną poz;
 - 2) **dostęp/zapewnienie realizacji** – zapewnienie wykonywania świadczeń w innym miejscu lub lokalizacji niż ta, w której realizowane są świadczenia;
 - 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
 - 4) **grupowa profilaktyka fluorkowa** – świadczenie realizowane metodą nadzorowanego szczoteczkania zębów z użyciem związków fluoru, wykonywane w klasach I - VI, 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni;
 - 5) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej

samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;

- 6) **Ogólne warunki umów** – załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);
- 7) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 8) **porada lekarska** – świadczenie opieki zdrowotnej udzielone w warunkach ambulatoryjnych albo w domu świadczeniobiorcy, przeprowadzone zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w tym zarządzeniu, obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe wraz ze świadczeniem zabiegowym, o ile jest konieczne oraz wykonanie badań diagnostycznych niezbędnych dla postawienia diagnozy lub kontynuacji -prowadzonego przez lekarza procesu leczenia i ordynację leków;
- 9) **POZ** – Podstawową Opiekę Zdrowotną;
- 10) **Rozporządzenie MZ** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139 poz. 1139);
- 11) **świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia** - traktowany jako jedno świadczenie cykl udokumentowanych procedur medycznych opisanych warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, określonych w części II załącznika nr 1 do Rozporządzenia MZ;
- 12) **transport sanitarny w POZ** – świadczenie gwarantowane polegające na zapewnieniu świadczeniobiorcom transportu sanitarnego do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach określonych w art. 41 ust. 1-3 ustawy. Transport sanitarny organizowany jest na zasadach określonych w odrębnych przepisach i realizowany w POZ od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Do zlecenia przewozu w ramach transportu sanitarnego POZ upoważniony jest lekarz poz;
- 13) **transport sanitarny „daleki” w POZ** – świadczenie określone w pkt 12, realizowane w przypadkach i na zasadach określonych zarządzeniem, w sytuacji, gdy występuje konieczność realizacji przewozu świadczeniobiorcy na odległość przekraczającą „tam i z powrotem” 120 km łącznie;
- 14) **ustawa** – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)

- 15) **wniosek** – wniosek ubiegającego się o zawarcie umowy;
 - 16) **wnioskujący** – świadczeniodawca w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit.a-c ustawy, ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 17) **zakres świadczeń** – rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danych świadczeniach gwarantowanych lub zakresie świadczeń danego rodzaju, dla których w umowie określa się sposób i kwotę finansowania.
2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności Rozporządzeniu MZ oraz Ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Cel postępowania i przedmiot umowy

§ 3.

Celem postępowania, jest wyłonienie wykonawców podstawowej opieki zdrowotnej, spełniających kryteria określone odpowiednio w załącznikach nr 3a i 3b do zarządzenia.

§ 4.

1. Przedmiotem umowy są świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 2 pkt 1-6 Rozporządzenia MZ udzielane świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych albo w środowisku nauczania i wychowania, finansowane przez Fundusz.
2. Wzory umów stanowią **załączniki nr 2a i 2b** do zarządzenia.
3. Odstępstwa od wzorów umów wymagają zgody Prezesa Funduszu.

§ 5.

1. W świadczeniach gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wyodrębnia się następujące przedmioty wniosku i umowy:
 - 1) świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza poz);
 - 2) świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarki poz);
 - 3) świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej (położnej poz);
 - 4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania (pielęgniarki szkolnej);

- 5) świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, w tym, w zależności od spełnienia wymogów i dokonanego wyboru oraz na warunkach określonych niniejszym zarządzeniem:
 - a) świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ,
 - b) świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej w POZ,
 - c) świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej w POZ,
 - d) świadczenia nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej w POZ,
 - e) świadczenia nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w POZ;
- 6) transport sanitarny w POZ.
2. Określa się odrębne wzory umów dla następujących świadczeń gwarantowanych:
 - 1) świadczenia lekarza poz, świadczenia pielęgniarki poz, świadczenia położnej poz, świadczenia pielęgniarki szkolnej;
 - 2) świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy oraz transport sanitarny w POZ.
3. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6 t. 5, str. 3, ze zm.¹) oraz art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiot umów obejmuje następujące nazwy i kody:
 - 1) 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie;
 - 2) 85141100-0 Usługi świadczone przez położne;
 - 3) 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki;
 - 4) 85120000-6 Usługi medyczne i podobne.

§ 6.

- 1) Świadczenia gwarantowane w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację pacjenta. Udzielanie świadczeń gwarantowanych, stosownie do przedmiotu umowy zapewnia realizację zadań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816).

¹ Wymienione rozporządzenie zostało zmienione rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 329 z 17.12.2003 r., str. 1-270)

1. Świadczeniodawca zapewnia, adekwatnie do przedmiotu umowy, udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy.
2. Świadczeniodawcy, różni ze względu na przedmiot umowy ale obejmujący opieką tego samego świadczeniobiorcę, zobowiązani są do wzajemnej współpracy i bieżącej wymiany informacji istotnych dla przebiegu procesu terapeutycznego u pacjenta.

§ 7.

1. Umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w § 4 ust. 1 zawiera się ze świadczeniodawcą, spełniającym warunki do zawarcia umowy określone w Rozporządzeniu MZ oraz niniejszym zarządzeniu.
2. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w ust. 1, powinien spełniać odpowiednio do przedmiotu umowy, wymagania określone w **załączniku nr 3a i 3b** do niniejszego zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.
3. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 2, dotyczy wszystkich miejsc udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń realizowanych na podstawie umowy.

§ 8.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej.
2. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń profilaktycznych w profilaktyce chorób układu krążenia lub profilaktyce gruźlicy, przed wykonaniem świadczeń zobowiązany jest do weryfikacji uprawnień pacjentki do objęcia badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami opisanymi w Warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia określonych w części II załącznika nr 1 do Rozporządzenia MZ lub Warunkach realizacji świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy określonych w części III załącznika nr 2 do Rozporządzenia MZ.

§ 9.

1. Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ udzielane są świadczeniobiorcom, którzy dokonali wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz poprzez złożenie odpowiedniej deklaracji wyboru, włączając w to osoby dokonujące wyboru na podstawie zarejestrowanego formularza E106, E109, E120, E121 wydanego osobom zamieszkującym w Polsce, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, z zastrzeżeniem ust. 7 i 8 oraz osobom znajdującym się na odpowiednich listach uczniów.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy udzielane są świadczeniobiorcom znajdującym się, odpowiednio do przedmiotu umowy, na listach lekarza poz i/lub pielęgniarki poz, z zastrzeżeniem ust. 7 i 8.
3. Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz oraz świadczeń pielęgniarki poz, informują świadczeniobiorców o podmiotach realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, zgodnie z § 11 ust. 1 i ust. 4 pkt 6 oraz ust. 5 Ogólnych warunków umów.
4. W przypadku, gdy świadczeniodawcą POZ jest zakład opieki zdrowotnej oraz praktyka grupowa, listę świadczeniobiorców sporządza się odrębnie dla każdego lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz realizujących świadczenia u świadczeniodawcy. Zachowują ważność deklaracje wyboru złożone przed dniem 1 października 2004 r., w tym wspólne dla lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz.
5. Świadczeniodawca na bieżąco prowadzi zapisy na listy świadczeniobiorców do poszczególnych osób udzielających świadczeń.
6. Wykaz osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy jest integralną częścią umowy.
7. Świadczeniodawca zobowiązuje się udzielać świadczeń:
 - 1) ubezpieczonym, nieznajdującym się na liście świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy;
 - 2) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy oraz osobom uprawnionym w związku z przepisami, o których mowa w art. 12 pkt 9 ustawy;- w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, w szczególności w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia.
8. Osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji nieznajdującym się na liście świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy

(EKUZ, certyfikat zastępczy) świadczeniodawca zobowiązuje się udzielać świadczeń w zakresie niezbędnym z medycznego punktu widzenia podczas planowanego pobytu.

9. Świadczenia, stanowiące przedmiot umowy ze udzielane są osobiście przez osoby znajdujące się w wykazie osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy.

Rozdział 3

Zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń

§ 10.

1. Dla umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej stosuje się następujące sposoby rozliczeń:
 - 1) kapitacyjna stawka roczna dla świadczeń udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarki, położnej, zespołu lekarsko-pielęgniarskiego lub jednostki transportu sanitarnego;
 - 2) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia, przewozu) dla świadczeń wydzielonych z finansowania na podstawie stawki kapitacyjnej;
 - 3) dowodem udzielenia porady, wizyty, świadczenia jest jego opis w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy a dla zrealizowanych zabiegów, wpis w księdze zabiegowej, za wyjątkiem świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy, o którym mowa w § 9 ust. 7 i 8 oraz § 19 ust. 3 - 6, gdzie dodatkowo wymagane jest potwierdzenie faktu udzielenia świadczenia przez osobę, której zostało udzielone lub jej opiekuna prawnego;
 - 4) dowodem wykonania badania diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej jest jego opis w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy oraz faktura ze specyfikacją, w której wyszczególnione jest dane badanie wystawione świadczeniodawcy przez podwykonawcę badania lub wpis w rejestrze badań wykonywanych we własnym zakresie;
 - 5) dowodem realizacji przewozu środkiem transportu sanitarnego jest wpis w księdze przewozów oraz specyfikacja przewozu.

2. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z metodami finansowania właściwymi dla zakresów świadczeń uwzględnionych w przedmiocie umowy.
3. Przy stosowaniu finansowania metodą kapitulacyjną ustala się kapitulacyjną stawkę roczną.
4. Wysokość kapitulacyjnych stawek rocznych oraz ceny pozostałych jednostek rozliczeniowych dla poszczególnych zakresów świadczeń określonych przedmiotem umowy, określa Prezes Funduszu.
5. Wysokości stawek kapitulacyjnych oraz ceny, o których mowa w ust. 4, zawarte są w **załączniku nr 1** do zarządzenia.
6. Warunki rozliczania świadczeń określone zostały w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie.
7. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i przekazywania elektronicznej sprawozdawczości z realizacji świadczeń, w oparciu o określone odrębnymi zarządzeniami Prezesa Funduszu definicje komunikatów XML (odpowiednio: typu: **ZBPOZ** – „Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ”, **DEKL** - „Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ / KAOS”, **SWIAD** – „Komunikaty szczegółowe NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy)”). Przepis nie dotyczy zasad sprawozdawczości z realizacji świadczeń w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, którą należy realizować on-line, w udostępnianym bezpłatnie przez Fundusz Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (**SIMP**).

Rozdział 4

Świadczenia lekarza poz

§ 11.

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz są świadczenia określone w załączniku nr 1 do Rozporządzenia MZ.
2. Lekarz poz udziela świadczeń, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem zakresu jego zadań, określonego załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816).
3. Świadczenia gwarantowane w ramach profilaktyki chorób układu krążenia lekarz poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 1 do Rozporządzenia MZ oraz w niniejszym zarządzeniu.
 - 1) świadczenia dokumentowane są w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki oraz poprzez włączenie Karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia do dokumentacji medycznej pacjenta;
 - 2) wzór Karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia określa **załącznik nr 4** do zarządzenia.
4. Świadczenia profilaktyczne dla dzieci młodzieży do ukończenia 19 r.ż., w tym wizyty patronażowe oraz badania bilansowe z uwzględnieniem wykonania w trakcie badań testów przesiewowych adekwatnych do wieku rozwojowego świadczeniobiorcy, lekarz poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części III załącznika nr 1 do Rozporządzenia MZ.
5. W trakcie leczenia osób przewlekle chorych, z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą, zgodnie z wykazem określonym w umowie, lekarz poz wykonuje, w celu kontroli wdrożonego procesu leczenia, następujące badania laboratoryjne:
 - 1) HbA1c - minimum 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 2) Cholesterol całkowity - 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 3) HDL, LDL - 1 raz w roku kalendarzowym;

- 4) Trójglicerydy - 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 5) Badanie ogólne moczu - 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 6) Kreatynina - 1 raz w roku kalendarzowym.
6. W trakcie leczenia osób przewlekle chorych, z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie chorobą układu krążenia, zgodnie z wykazem określonym w umowie, lekarz poz wykonuje, w celu kontroli wdrożonego procesu leczenia, następujące badania diagnostyczne:
- 1) Badanie EKG – minimum 1 raz w okresie kwartału u chorych po OZW; pozostali 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 2) Ciśnienie tętnicze krwi – podczas każdej wizyty;
 - 3) Masa ciała – minimum 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 4) Cukier w surowicy krwi – minimum 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 5) Cholesterol całkowity - 2 razy w roku kalendarzowym;
 - 6) HDL, LDL – minimum 1 razy w roku kalendarzowym;
 - 7) Trójglicerydy – minimum 1 razy w roku kalendarzowym;
 - 8) Badanie ogólne moczu – minimum 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 9) Jonogram (sód, potas) - minimum 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 10) Próby wątrobowe - 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 11) Kreatynina, mocznik – minimum 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 12) INR – u leczonych przeciwzakrzepowo minimum 1 raz w miesiącu;
 - 13) HbA_{1c}– u leczonych z powodu cukrzycy minimum 1 raz w roku kalendarzowym;
 - 14) Morfologia - minimum 1 raz w roku kalendarzowym.
7. Lekarz poz konsultuje merytorycznie i ustala zasadność realizacji wniosków zadeklarowanych do niego świadczeniobiorców o zlecenie świadczenia transportu „dalekiego” w POZ, w trybie i na zasadach określonych w rozdziale 9.
8. Lekarz poz, w ramach odrębnej umowy, może realizować świadczenia nocnej i świątecznej pomocy medycznej w POZ, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 8.
9. Jeżeli lekarz poz nie realizuje nocnej i świątecznej pomocy medycznej w POZ to w celu zapewnienia zadeklarowanym do niego świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, pozostających

w kompetencjach lekarza, udziela oświadczenia o przekazaniu przedmiotowej opieki innemu świadczeniodawcy, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 8.

§ 12.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza poz u świadczeniodawcy POZ nie powinna przekroczyć 2 750 osób.
2. Lekarz poz może tworzyć listę świadczeniobiorców tylko u jednego świadczeniodawcy POZ.
3. W przypadku zaprzestania przez lekarza tworzenia listy świadczeniobiorców w wyniku realizacji przez świadczeniodawcę, posiadającego umowę z Funduszem w dniu wejścia w życie niniejszego zarządzenia, postanowienia ust. 2, przyjęte przez świadczeniodawcę deklaracje wyboru, wskazujące na nazwisko tego lekarza, zachowują ważność u danego świadczeniodawcy do czasu dokonania przez świadczeniobiorcę ponownego wyboru lekarza poz, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2010 r., z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W okresie, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia dostępności do świadczeń zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez podjęcie działań zmierzających do zachowania zalecanych norm dotyczących liczby świadczeniobiorców, o których mowa w ust.1.

§ 13.

Organizacja udzielania świadczeń

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń będących przedmiotem umowy od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem stanowiącym integralną część umowy, przestrzegając następujących zasad organizacji udzielania świadczeń:
 - 1) świadczenia lekarskie realizowane są w formie porad ambulatoryjnych w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - poprzez porady udzielane w domu pacjenta. Dni i godziny przyjęć, w tym czasu przeznaczonego na realizację porad udzielanych w warunkach domowych, określa harmonogram pracy lekarza stanowiący integralną część umowy;

- 2) w filiach świadczeniodawcy POZ, dopuszcza się udzielanie w czasie krótszym niż w godzinach od 8.00 do 18.00, jeżeli w tych godzinach świadczeniobiorcy mają dostęp do innego miejsca udzielania świadczeń przez danego świadczeniodawcę POZ – zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy stanowiącym integralną część umowy;
2. Świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić w godzinach dostępności do świadczeń będących przedmiotem umowy, funkcjonowanie gabinetu zabiegowego, w tym punktu szczepień – minimum 1 raz w tygodniu także po godz. 15.00.
3. W gabinecie zabiegowym, o którym mowa w ust. 2 wykonywane są zabiegi i procedury diagnostyczno-terapeutyczne wynikające z procesu leczenia, pozostające w zakresie zadań i kompetencjach lekarza poz, związane z bezpośrednio udzielaną poradą lekarską i wymagające udziału lekarza.
4. W sytuacji uzasadnionej stanem zdrowia świadczeniobiorcy, świadczeniodawca zapewnia realizację świadczeń, o których mowa w ust. 3, także poprzez wizyty domowe.
5. Na realizację zleceń pozostających w kompetencjach pielęgniarki poz, lekarz poz wydaje skierowanie do pielęgniarki poz, do której zadeklarowany jest pacjent.
6. Skierowanie, o którym mowa w ust. 4 powinno zawierać w szczególności:
 - 1) pieczęć nagłówkową świadczeniodawcy z numerem umowy z Funduszem;
 - 2) imię, nazwisko i nr PESEL świadczeniobiorcy;
 - 3) rozpoznanie lekarskie (w języku polskim), jeśli jest wymagane zasadami sprawozdawczości z realizacji świadczeń;
 - 4) nazwę zlecanego leku, dawkowanie i drogę podawania i/lub opis zlecanego zabiegu oraz czasookres i częstotliwość wykonywania;
 - 5) zalecane warunki wykonania oraz w przypadku ordynacji leku, dodatkowe informacje dotyczące mogących wystąpić u pacjenta reakcji na podanie zleconego leku;
 - 6) datę wystawienia zlecenia oraz pieczętkę i podpis lekarza zlecającego.
7. W przypadku, gdy w wyniku udzielonej przez lekarza poz porady lekarskiej zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, świadczeniodawca organizuje pobranie materiałów do badań zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3 załącznika nr 1 Rozporządzenia MZ.

8. Wykaz badań diagnostycznych, które zobowiązany jest wykonać i finansować lekarz poz, a które są mu niezbędne przy realizacji świadczeń określa w części IV załącznik nr 1 do Rozporządzenia MZ.
9. Lekarz poz, kierując świadczeniobiorcę do lekarza specjalisty lub do szpitala, zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.
10. Lekarz poz może wystawiać zadeklarowanym pacjentom skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych i domowych, z wyjątkiem skierowań na zabiegi fizjoterapeutyczne związane z leczeniem wady postawy oraz dysfunkcji narządu ruchu, których przyczyną są te wady, a także na rehabilitację ogólnoustrojową w przypadkach zaostrzeń chorób przewlekłych oraz rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, realizowaną w warunkach ośrodka/oddziału dziennego rehabilitacji, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. Nr 140, poz 1145).
11. W przypadkach stwierdzenia u świadczeniobiorcy wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, której przyczyną jest/są wady postawy, lekarz poz wystawia świadczeniobiorcy skierowanie do poradni rehabilitacyjnej lub ortopedycznej.
12. W odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej, w przypadkach nie kwalifikujących się do rehabilitacji leczniczej, lekarz poz kieruje świadczeniobiorcę na zajęcia korekcyjno-kompensacyjne organizowane w szkołach i finansowane ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów.
2. Lekarz poz może kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada wydaną przez lekarza specjalistę, imienną dla danego pacjenta, informację o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym: o okresie ich stosowania i dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.
3. Lekarz poz, w medycznie uzasadnionych przypadkach wynikających

z prowadzonego przez niego procesu leczenia i diagnostyki, może kierować świadczeniobiorcą na badania finansowane przez Fundusz na podstawie odrębnych umów zawartych ze świadczeniodawcami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i na zasadach w nich określonych.

4. Przy zleceniu zaopatrzenia w refundowane wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze lekarz poz przestrzega przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 138, poz.1141) oraz dokumentuje zlecenie w dokumentacji medycznej pacjenta, w szczególności w zakresie stanu klinicznego świadczeniobiorcy uprawniającego do uzyskania świadczenia. Zlecenie na realizację zaopatrzenia dokonane musi być na druku zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 1 do aktualnie obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi.

§ 14.

Finansowanie świadczeń

1. Świadczenia lekarza poz finansowane są zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitulacyjną z zastrzeżeniem ust. 2 – 4.
2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza poz, stawka kapitulacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do: grupy wiekowej w której świadczeniobiorca się znajduje albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy albo, w przypadku leczenia chorób przewlekłych określonych wykazem stanowiącym załącznik do umowy, odpowiednim dla zdefiniowanej rozpoznaniem, wg klasyfikacji ICD-10, przyczyny udzielonej porady/udzielonych porad:
 - 1) osoba, której udzielono porad/y w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia – współczynnikiem 3,0, z zastrzeżeniem ust. 4 pkt 2;
 - 2) osoba nie wymieniona w pkt 1, będąca w grupie od 0 do 6 roku życia – współczynnikiem 1,6;
 - 3) osoba nie wymieniona w pkt 1, będąca w grupie od 7 do 19 roku życia

współczynnikiem 1,2;

4) osoba nie wymieniona w pkt 1, będąca w grupie od 20 do 65 roku życia – współczynnikiem 1,0;

5) osoba nie wymieniona w pkt 1, będąca w grupie powyżej 65 roku – współczynnikiem 1,8;

6) osoba nie wymieniona w pkt 1, podopieczna/y DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – współczynnikiem 2,5.

3. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez lekarza poz, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.

4. Należność z tytułu realizacji świadczeń lekarza poz wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:

1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z ust. 2;

2) stosowanie współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 podlega następującym warunkom:

a) liczba porad lekarskich udzielonych świadczeniobiorcy w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia w okresie roku kalendarzowego jest nie mniejsza niż 1 na kwartał;

b) prowadzony proces leczenia realizuje w okresie roku kalendarzowego wymogi określone dla porad udzielanych świadczeniobiorcom w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia, określone w § 11 ust. 5 i 6;

c) w okresie sprawozdawczym, w którym lekarz poz sprawozdaje udzielenie świadczeniobiorcy porady w związku z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia, świadczeniobiorca nie korzystał przed datą tej porady, ze świadczeń poradni specjalistycznej, udzielonych z tej samej przyczyny chorobowej.

3) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1, ustalana jest przez

Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie przekazanych przez świadczeniodawcę:

- a) raportów statystycznych z porad w 3 (trzech) poprzednich okresach sprawozdawczych, w tym: udzielonych osobom opisanym w ust. 2 pkt 1;
 - b) oraz bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru i zawierającej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania;
- 4) dane, o których mowa w pkt 2, świadczeniodawca przekazuje w celu weryfikacji do właściwego Oddziału Funduszu, w tym:
- a) raporty statystyczne, o których mowa w pkt 2 lit. a, dotyczące kolejno następujących po sobie okresów sprawozdawczych – za każdy miesiąc, do 10 dnia danego miesiąca za poprzedni okres sprawozdawczy,
 - b) informację o aktywnych deklaracjach wyboru, o której mowa w pkt 2 lit. b – do 7 dnia danego miesiąca za bieżący okres sprawozdawczy;
- 5) Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji przez Fundusz listy lekarza poza listą ta jest ostateczna, za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli deklaracji posiadanych przez świadczeniodawcę (w uzasadnionych przypadkach wraz z dokumentacją medyczną) wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji;
- 6) w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru;
- 7) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 3, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki

- rozliczeniowej, ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę do 10-tego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni;
- 8) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 6, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu. Po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek;
- 9) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.
5. Warunki rozliczania świadczeń określają Ogólne warunki umów oraz postanowienia umowy.

Rozdział 5

Świadczenia pielęgniarstwa poz

§ 15.

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa poz są świadczenia określone w załączniku nr 2 do Rozporządzenia MZ.
2. Pielęgniarstwo poz udziela świadczeń, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem zakresu jej zadań, określonego w części I załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarstwa i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816).
3. Pielęgniarstwo poz sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarstwą nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, uwzględniając w tym zgodnie z obowiązującym zakresem zadań, realizację na podstawie skierowania, zleceń na zabiegi i procedury medyczne, których wykonanie możliwe jest w trybie ambulatoryjnym, wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Skierowanie, o którym mowa w ust. 3, pielęgniarstwo poz włącza do prowadzonej dokumentacji medycznej pacjenta. Podlega ono archiwizacji oraz warunkom kontroli realizacji umowy.

5. W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, wyłącznie w domu świadczeniobiorcy i jedynie na zlecenie lekarza poz, do którego zadeklarowany jest pacjent, pobiera materiały do badań diagnostycznych. Świadczenie realizuje zgodnie z przekazanymi przez zleceniodawcę standardami jakości opracowanymi przez pracownię diagnostyczną, z którą zleceniodawca współpracuje oraz z zachowaniem zasad określonych w ust. 4 części I załącznika nr 2 do Rozporządzenia MZ.
6. Świadczenia w monitorowaniu rozwoju zadeklarowanych do pielęgniarstwa poz dzieci i młodzieży do ukończenia 19 r.ż., w tym wizyty patronażowe oraz testy przesiewowe adekwatne do wieku rozwojowego świadczeniobiorcy, pielęgniarstwo poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 2 do Rozporządzenia MZ oraz w § 3 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. Nr 139, poz. 1133).
7. Świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy pielęgniarstwo poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części III załącznika nr 2 do Rozporządzenia MZ oraz w niniejszym zarządzeniu. Świadczenia dokumentowane są poprzez włączenie Ankiety świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy do prowadzonej przez pielęgniarkę indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
8. Pielęgniarka poz dokumentuje udzielane świadczenia zdrowotne w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym: w Indywidualnej karcie opieki pielęgniarskiej oraz w Ankiecie świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy, zgodnie ze wzorami określonymi w **załączniku nr 5 i 6** do zarządzenia.
9. Pielęgniarka poz, w ramach odrębnej umowy, może realizować świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i/lub wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w POZ, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 8.
10. Jeżeli pielęgniarstwo poz nie realizuje nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i/lub wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w POZ to w celu zapewnienia zadeklarowanym do niej świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, pozostających w kompetencjach pielęgniarki, udziela oświadczenia o przekazaniu przedmiotowej opieki innemu świadczeniodawcy, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 8.

§ 16.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz nie powinna przekroczyć 2 750 osób.
2. Pielęgniarka poz może tworzyć listę świadczeniobiorców tylko u jednego świadczeniodawcy POZ.
3. W przypadku zaprzestania przez pielęgniarkę tworzenia listy świadczeniobiorców w wyniku realizacji przez świadczeniodawcę, posiadającego w dniu wejścia w życie zarządzenia umowę z Funduszem, postanowienia ust. 2, przyjęte przez świadczeniodawcę deklaracje wyboru, wskazujące na nazwisko tej pielęgniarki, zachowują ważność u danego świadczeniodawcy do czasu dokonania przez świadczeniobiorcę ponownego wyboru pielęgniarki poz, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2010 r.
4. W okresie, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia dostępności do świadczeń zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez podjęcie działań zmierzających do zachowania zalecanych norm dotyczących liczby świadczeniobiorców, o których mowa w ust.1.

§ 17.

Organizacja udzielania świadczeń

i dostępność do świadczeń pielęgniarki poz

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń będących przedmiotem umowy od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem stanowiącym integralną część umowy, przestrzegając następujących zasad organizacji udzielania świadczeń:
 - 1) świadczenia pielęgniarskie realizowane są w formie świadczeń ambulatoryjnych w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - poprzez wizyty domowe. Dni i godziny przyjęć, w tym wizyt domowych, określa harmonogram pracy pielęgniarki stanowiący integralną część umowy;
 - 2) świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wykonywane są zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

§ 18.

Finansowanie świadczeń

1. Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa poz realizowane jest zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitulacyjną.
2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do pielęgniarstwa poz, stawka kapitulacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej właściwej dla świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy:
 - 1) od 0 do 6 roku życia - współczynnikiem 1,3;
 - 2) od 7 roku życia do 65 roku życia - współczynnikiem 1,0;
 - 3) powyżej 65 roku życia - współczynnikiem 2,0;
 - 4) podopieczna/y DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej - współczynnikiem 3,5.
3. Kapitulacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez pielęgniarstwo poz, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.
4. Współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 2 pkt 1, 3 i 4 nie są stosowane w okresie, korzystania przez świadczeniobiorcę z opieki pielęgniarstwa w zakresach:
 - 1) świadczenia pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej;
 - 2) świadczenia zakładu opiekuńczo-leczniczego;
 - 3) świadczenia zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego;
 - 4) świadczenia hospicjum domowego i stacjonarnego.
5. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 2 określa załącznik nr 1 do zarządzenia.
6. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
 - 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitulacyjną stanowi sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitulacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z ust. 2;
 - 2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1, ustalana jest przez

Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie przekazanej przez świadczeniodawcę bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru i zawierającej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania;

- 3) dane, o których mowa w pkt 2, świadczeniodawca przekazuje w celu weryfikacji, do właściwego Oddziału Funduszu do 7 dnia danego miesiąca za bieżący okres sprawozdawczy;
- 4) Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy, do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego, potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu przez Fundusz weryfikacji listy pielęgniarzy lista ta jest ostateczna, z wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli deklaracji posiadanych przez świadczeniodawcę (w uzasadnionych przypadkach wraz z dokumentacją medyczną) wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji;
- 5) w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru;
- 6) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 2 finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę do 10-tego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni;
- 7) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 6, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu. Po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek;

- 8) świadczeniodawcy, przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.
7. Warunki rozliczania świadczeń określają Ogólne warunki umów oraz postanowienia umowy.

Rozdział 6

Świadczenia położnej poz

§ 19.

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń położnej poz są świadczenia określone w załączniku nr 3 do Rozporządzenia MZ.
2. Położna poz udziela świadczeń, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem zakresu jej zadań, określonego w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816).
3. Wizyty profilaktyczne realizowane przez położną poz obejmują:
 - 1) dokonanie rozpoznania problemów zdrowotnych populacji objętej opieką;
 - 2) zaplanowanie i realizację na rzecz populacji objętej opieką, w zakresie posiadanych kompetencji, świadczeń profilaktycznych oraz z zakresu promocji zdrowia, w tym: prowadzenie edukacji kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do odbycia porodu, z zachowaniem poniższych zasad:
 - a) podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, jest opracowany przez położną poz i stanowiący integralną część dokumentacji medycznej pacjentek, plan edukacji (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej),
 - b) wizyty w edukacji przedporodowej realizowane są przez położną poz, począwszy od 26 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż 2 razy w tygodniu;
4. Wizyty patronażowe obejmują opiekę nad noworodkiem do ukończenia 2 miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu i realizowane są przez położną

- poz, w trakcie od 4 do 6 wizyt, zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 3 do Rozporządzenia MZ.
5. Wizyty położnej poz w opiece pielęgnacyjnej nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej obejmują okres od momentu wypisu ze szpitala do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej i realizowane są przez położną na podstawie skierowania, o którym mowa w § 12 ust. 10 pkt 1 Ogólnych warunków umów i zgodnie z zaleceniami w nim zawartymi.
 6. Położna poz dokumentuje udzielane świadczenia zdrowotne w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Wykonanie wizyt, o których mowa w ust. 3–5 dodatkowo potwierdza podpisem świadczeniobiorcy/opiekuna.

§ 20.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

Na jedną położną poz nie powinno przypadać więcej niż 6 600 osób, do których zalicza się osoby płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2 miesiąca życia.

§ 21.

Organizacja oraz dostępność do świadczeń położnej poz

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń będących przedmiotem umowy od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem stanowiącym integralną część umowy, przestrzegając następujących zasad organizacji udzielania świadczeń:
 - 1) położna poz realizuje świadczenia poprzez wizyty ambulatoryjne w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniem medycznym - poprzez wizyty domowe. Dni i godziny przyjęć, w tym wizyt domowych, określa harmonogram pracy położnej stanowiący integralną część umowy;
 - 2) świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wykonywane są zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

§ 22.

Finansowanie świadczeń

1. Finansowanie świadczeń położnej poz realizowane jest zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitulacyjną, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. Kapitulacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę poz, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 2 finansowane są na podstawie cen jednostkowych jednostek rozliczeniowych określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia.
4. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku/ów. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
 - 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitulacyjną stanowi iloczyn liczby świadczeniobiorców objętych opieką i określonej umową miesięcznej stawki kapitulacyjnej stanowiącej 1/12 kapitulacyjnej stawki rocznej
 - 2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy, na podstawie przekazanej przez świadczeniodawcę bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru i zawierającej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania;
 - 3) dane, o których mowa w pkt 2, świadczeniodawca przekazuje w celu weryfikacji, do właściwego Oddziału Funduszu do 7 dnia danego miesiąca za bieżący okres sprawozdawczy;
 - 4) dane, o których mowa w pkt 2, podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz na zasadach określonych w § 18 ust. 6 pkt 4 i 5.
 - 5) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę do 10-tego

- dnia miesiąca za miesiąc poprzedni;
- 6) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 5, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu. Po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym Fundusz przekazuje zwrotnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek;
 - 7) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.
5. Warunki rozliczania świadczeń określają Ogólne warunki umów oraz postanowienia umowy.

Rozdział 7

Świadczenia pielęgniarki szkolnej

§ 23.

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń położnej poz są świadczenia określone w części I załącznika nr 4 do Rozporządzenia MZ.
2. Pielęgniarka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież szkolną począwszy od klasy „0” (w szkołach podstawowych) do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej, z wyłączeniem szkół dla dorosłych.
3. Świadczenia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży szkolnej do ukończenia 19 r.ż. pielęgniarka szkolna wykonuje zgodnie z warunkami realizacji testów przesiewowych określonych w części II załącznika nr 4 do Rozporządzenia MZ.

§ 24.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

Zalecana liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę szkolną traktowana jako wartość dla jednego etatu przeliczeniowego zależna jest od typu szkoły, w której realizowane są świadczenia i ustalana według zasad określonych dla wymaganej dostępności personelu w części III pkt 2 załącznika nr 3 do Rozporządzenia MZ.

§ 25.

Organizacja, dostępność do świadczeń pielęgniarki szkolnej

oraz zasady tworzenia listy uczniów

1. Pielęgniarka szkolna zapewnia dostępność do świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką, z uwzględnieniem zasad określonych w § 24 oraz planu godzin lekcyjnych, zgodnie z harmonogramem pracy stanowiącym integralną część umowy.
2. Podmiot ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie: świadczenia pielęgniarki szkolnej, przedkłada Funduszowi aktualną na dzień złożenia wniosku informację o miejscach udzielania świadczeń i charakterystyce populacji uczniów, która zostanie objęta opieką świadczeniodawcy na podstawie zawartej umowy.
3. Informację, o której mowa w ust. 2, należy sporządzić na podstawie dokumentów źródłowych (np. porozumienia) o nawiązaniu współpracy z poszczególnymi szkołami zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 7** do zarządzenia. Dokumenty źródłowe dla Informacji, w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem, należy dołączyć do Informacji.
4. Przepisania uczniów do poszczególnych grup (A, B lub C) w szkołach typu III, z wyłączeniem szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie, należy dokonywać na podstawie wydanych orzeczeń o niepełnosprawności, które znajdują się w dokumentacji szkoły lub będących w posiadaniu ucznia.

§ 26.

Finansowanie świadczeń

1. Finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej realizowane jest: zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitacyjną.
2. W stosunku do konkretnego ucznia, stawka kapitacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej:
 - 1) uczniowie szkół typu I.1 – współczynnikiem 1,0;
 - 2) uczniowie klas integracyjnych i sportowych w szkołach typu I.2 – współczynnikiem 1,7;
 - 3) uczniowie szkół typu II – współczynnikiem 1,7;
 - 4) uczniowie typu A w szkołach typu III – współczynnikiem 5,0;
 - 5) uczniowie typu B w szkołach typu III – współczynnikiem 9,4;

- 6) uczniowie typu C w szkołach typu III – współczynnikiem 25,0.
3. Podstawą finansowania świadczeń pielęgniarstwa szkolnego, są przekazywane comiesięcznie do Oddziału Funduszu *Komunikatem szczegółowym NFZ deklaracji POZ / KAOS*, listy uczniów szkół, z którymi świadczeniodawca nawiązał współpracę oraz listy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową w tych szkołach. Listy należy potwierdzać przynajmniej 2 razy w roku, tj. w marcu i październiku, wersją pisemną potwierdzoną podpisem dyrektora szkoły.
4. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
 - 1) należność za udzielanie świadczeń stanowi sumę iloczynów liczby uczniów objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitałowej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z ust. 2;
 - 2) w przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej należność, o której mowa w pkt 2, powiększona jest o iloczyn liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitałowej stawki rocznej, odrębnie określonej dla finansowania tych świadczeń w załączniku nr 1 do zarządzenia;
 - 3) liczba uczniów, o której mowa w pkt 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy, na podstawie przekazanej przez świadczeniodawcę bieżącej informacji o uczniach objętych opieką w danym okresie sprawozdawczym, zawierającej: dane identyfikacyjne szkoły do której uczeń uczęszcza, informację o typie szkoły i charakterystyce zdrowotnej ucznia, dane osobowe ucznia: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania;
 - 4) dane, o których mowa w pkt 2, świadczeniodawca przekazuje w celu weryfikacji, do właściwego Oddziału Funduszu do 7 dnia danego miesiąca za bieżący okres sprawozdawczy;
 - 5) listy uczniów podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz na zasadach określonych w § 18 ust. 6 pkt 4 i 5.;
 - 6) do rozliczania świadczeń w miesiącach: lipiec i sierpień przyjmuje się liczby uczniów zweryfikowane na dzień 1 czerwca roku obowiązywania umowy.

- 7) w przypadku pozostawania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców Fundusz zastrzega sobie prawo wstrzymania finansowania za wskazanych uczniów do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności;
 - 8) świadczeniodawcy, przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.
5. Warunki rozliczania świadczeń określają Ogólne warunki umów oraz postanowienia umowy.

Rozdział 8

Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy

§ 27.

1. Przedmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, są świadczenia określone w części I załącznika nr 5 do Rozporządzenia MZ.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, nie mają zastosowania w przypadkach stanów bezpośredniego zagrożenia życia, w szczególności w sytuacji: utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, urazów wypadkowych powstałych w sytuacjach nagłych, nagłej duszności, porażenia prądem elektrycznym, porodu oraz dolegliwości związanych z ciążą.
3. Osoby udzielające świadczeń, zgodnie z posiadanymi kompetencjami, zobowiązane są do:
 - 1) udzielenia świadczeniobiorcy niezbędnej pomocy lekarskiej i/lub pielęgniarskiej;
 - 2) w przypadkach wymagających dalszego postępowania, wskazanie ośrodków i miejsc udzielania świadczeń, w których proces przywracania zdrowia może być kontynuowany;
 - 3) orzekania i opiniowania o stanie zdrowia w uzasadnionych przypadkach;
 - 4) realizacji zleceń lekarskich niezbędnych ze względu na kontynuację procesu leczenia.
4. W przypadku konieczności wezwania zespołu ratownictwa medycznego, odpowiednio lekarz lub pielęgniarka pozostaje w miejscu udzielania świadczenia do czasu przyjazdu zespołu. Interwencja zespołu rozliczana jest w ramach

odrębnej umowy zawartej przez Oddział Funduszu ze świadczeniodawcą realizującym świadczenia w tym zakresie.

5. Świadczenia pielęgniarские wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji, nie dotyczą świadczeniobiorców objętych świadczeniami pielęgniarской opieki długoterminowej domowej. Dla tej grupy świadczeniobiorców, realizację świadczeń wynikających z ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji zapewnia, w ramach sprawowanej opieki, świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń pielęgniarской opieki długoterminowej domowej.
6. Świadczeniodawca udzielający na podstawie umowy zawartej z Funduszem, świadczeń o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, dokumentuje udzielone świadczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7. Wpisy w prowadzonej dokumentacji medycznej, zawierają w szczególności:
 - 1) dane osobowe pacjenta: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń;
 - 2) datę i godzinę zgłoszenia;
 - 3) datę i godzinę realizacji zgłoszenia, w przypadku świadczeń udzielanych w trybie wyjazdowym;
 - 4) adnotacje dotyczące wywiadu, badania fizykalnego, rozpoznania klinicznego oraz o wykonanych procedurach medycznych i wydanych zleceniach;
 - 5) adnotacje dotyczące wykonanego zabiegu pielęgniarского;
 - 6) informację o wezwaniu zespołu ratownictwa medycznego.

§ 28.

Nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ są świadczenia lekarskie i pielęgniarские, o których mowa w § 27 realizowane przez zespół lekarza poz (lekarz i pielęgniarka) określone w załączniku nr 1 do Rozporządzenia MZ.
2. Dla realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca ustala dla miejsca udzielania świadczeń harmonogram pracy, stanowiący załącznik do

umowy.

3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 realizowane są w szczególności poprzez:
 - 1) porady lekarskie udzielane w warunkach ambulatoryjnych w kontakcie bezpośrednim z pacjentem lub telefonicznie oraz w domu świadczeniobiorcy;
 - 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym świadczeniodawcy POZ lub w domu świadczeniobiorcy, zlecone podopiecznym przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji;
 - 3) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą udzieloną przez lekarza w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ.

§ 29.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego zespołu lekarza poz (lekarz i pielęgniarka) w trakcie realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ, nie powinna przekroczyć 25 000 osób.

§ 30.

Organizacja udzielania świadczeń

1. Podmiotem ubiegającym się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ może być wyłącznie świadczeniodawca realizujący umowę w zakresie: świadczenia lekarza poz, sprawujący opiekę nad populacją świadczeniobiorców, którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza poz u tego świadczeniodawcy.
2. Podmiot ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ nie może ubiegać się równocześnie o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresach: nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ, o których mowa w § 32 – 34 niniejszego zarządzenia.
3. Świadczeniodawcy POZ obejmujący opieką lekarza poz populację świadczeniobiorców zamieszkałą na obszarze spójnym terytorialnie, mogą ubiegać się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ w oparciu o umowę współpracy zawartą pomiędzy sobą

w celu wspólnego udzielania świadczeń łącznej populacji świadczeniobiorców do nich zadeklarowanych, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.

4. Każdy ze świadczeniodawców będący stroną umowy o współpracy, o której mowa w ust. 3, składając wniosek o zawarcie umowy w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ, zobowiązany jest do jej dołączenia do tego wniosku.
5. Treść umowy o współpracy, o której mowa w ust. 3 określa w szczególności:
 - 1) dane świadczeniodawców POZ zawierających umowę o współpracy;
 - 2) dane o miejscach udzielania świadczeń ambulatoryjnych (co najmniej 1 miejsce udzielania świadczeń dla populacji świadczeniobiorców nie przekraczającej liczby 25 000 osób);
 - 3) obowiązki stron umowy pozwalające na zrealizowanie zadań będących przedmiotem umowy w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym zarządzeniu;
 - 4) zasady przekazywania pomiędzy świadczeniodawcami POZ (stronami umowy o współpracy) danych o zrealizowanych świadczeniach w celu ich wykorzystanie do dalszego leczenia świadczeniobiorcy.
6. Nie dopuszcza się podzlecania realizacji zadań nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ innym świadczeniodawcom.

§ 31.

Finansowanie świadczeń

1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ finansowane są zgodnie z ustaloną roczną stawką kapitacyjną określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia.
2. W stosunku do konkretnego świadczeniobiorcy stawka kapitacyjna, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla liczebności łącznej (tj. z uwzględnieniem umów współpracy pomiędzy świadczeniodawcami, o których mowa w § 30 ust. 3) populacji objętej opieką:
 - 1) dla populacji do 5 000 świadczeniobiorców – 1,4;
 - 2) dla populacji od 5 001 do 10 000 świadczeniobiorców – 1,2;
 - 3) dla populacji powyżej 10 000 świadczeniobiorców – 1,0.
3. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje zrealizowanych w okresie sprawozdawczym przez lekarzy i pielęgniarki świadczeń, dla których

warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.

4. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych dla świadczeń, o których mowa w ust. 3, określa załącznik nr 1 do zarządzenia.
5. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest/ raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
 - 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi iloczyn liczby świadczeniobiorców objętych opieką i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem zasad określonych w ust. 2;
 - 2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1 ustalana przez Fundusz na podstawie weryfikacji przekazanej przez świadczeniodawcę bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru i zawierającej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania;
 - 3) Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę wraz z informacją o dopuszczalnym do zastosowania u świadczeniodawcy współczynniku korygującym wymienionym w ust. 2. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji listy lekarza poz przez Fundusz, lista ta jest ostateczna za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej kontroli deklaracji i/lub dokumentacji medycznej świadczeniobiorców wskazują na potrzebę jej ponownej weryfikacji;
 - 4) w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru;
 - 5) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 3, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie

sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę do 10-tego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni;

- 6) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 5, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu. Po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek;
 - 7) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.
6. Warunki rozliczania świadczeń określają Ogólne warunki umów oraz postanowienia umowy.

§ 32.

Nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska i/lub pielęgniarska w POZ

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ są świadczenia lekarskie i pielęgniarskie, o których mowa w § 27 udzielane w ambulatorium, odpowiednio przez lekarza lub pielęgniarkę.
2. Dla realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca ustala dla miejsca udzielania świadczeń harmonogram pracy, stanowiący załącznik do umowy.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, realizowane są w szczególności poprzez:
 - 1) porady lekarskie udzielane w warunkach ambulatoryjnych w kontakcie bezpośrednim z pacjentem lub telefonicznie;
 - 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone podopiecznym przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji, z wyjątkiem świadczeń pielęgniarskiej opieki domowej w POZ;
 - 3) świadczenia pielęgniarskie udzielane doraźnie, w związku z poradą udzieloną przez lekarza w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej w POZ.
4. Podmiot ubiegający się o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej

ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ składa wraz z wnioskiem o zawarcie umowy oświadczenia świadczeniodawców POZ, którzy cedują temu świadczeniodawcy, prawo do objęcia opieką świadczeniobiorców zadeklarowanych u nich do lekarzy poz i pielęgniarek poz. Wzór oświadczenia stanowi **załącznik nr 8** do zarządzenia.

5. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza i/lub pielęgniarki – w trakcie realizacji świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ – nie powinna przekroczyć 50 000 osób, z zastrzeżeniem ust. 7.
6. Świadczeniodawca realizujący umowę w zakresach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ organizuje miejsca udzielania świadczeń z zaleceniem zachowania spójności obszaru zamieszkania świadczeniobiorców objętych jego opieką.
7. Dyrektor Oddziału Funduszu może w sytuacji uzasadnionej koniecznością zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zawrzeć umowy w zakresach: nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ na warunkach uwzględniających odstępstwa od postanowień § 11 ust. 8 i 9 oraz wymogu dla liczebności populacji świadczeniobiorców objętych opieką w miejscu udzielania świadczeń, określonego w ust. 5.

§ 33.

Finansowanie świadczeń

1. Świadczenia w zakresach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i /lub pielęgniarskiej w POZ finansowane są zgodnie z ustaloną roczną stawką kapitacyjną określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia.
2. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje zrealizowanych w okresie sprawozdawczym przez lekarzy i pielęgniarki świadczeń, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.
3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 2 określa załącznik nr 1 do zarządzenia.
4. Należność z tytułu realizacji świadczeń lekarskich i/lub pielęgniarskich w nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opiece lekarskiej/pielęgniarskiej wypłacana jest, adekwatnie do przedmiotu umowy, raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:

- 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi iloczyn liczby świadczeniobiorców objętych opieką i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej;
 - 2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1 ustalana przez Fundusz na podstawie weryfikacji listy świadczeniobiorców zadeklarowanych, odpowiednio do przedmiotu umowy, do lekarza poz i/lub pielęgniarki poz danego świadczeniodawcy POZ lub lekarzy poz i/lub pielęgniarek poz tych świadczeniodawców POZ, którzy złożyli danemu świadczeniodawcy, wraz z informacją o listach zadeklarowanych świadczeniobiorców, oświadczenia, o których mowa w § 32 ust. 4;
 - 3) listy, o których mowa w pkt 2, podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz na zasadach określonych w § 18 ust. 6 pkt 3 - 5;
 - 4) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę do 10-tego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni;
 - 5) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 4, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu. Po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek;
 - 6) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków..
5. Warunki rozliczania świadczeń określają Ogólne warunki umów oraz postanowienia umowy.

§ 34.

Nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska i/lub pielęgniarska w POZ

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ są świadczenia lekarskie i pielęgniarskie, o których mowa w § 27 realizowane odpowiednio przez lekarza

- lub pielęgniarkę w domu świadczeniobiorcy, udzielane i rozliczane na zasadach analogicznych jak określone w § 32 i 33 dla świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ realizuje umowę przy wykorzystaniu posiadanych środków komunikacji.
 1. Środki komunikacji, o których mowa w ust. 2 nie muszą spełniać norm określonych dla środków transportu sanitarnego.

Rozdział 9

Transport sanitarny w POZ

§ 35.

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w POZ są świadczenia opieki zdrowotnej polegające na zapewnieniu świadczeniobiorcom, ze wskazań medycznych, przewozu środkiem transportu sanitarnego drogowego (ambulansem) do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, a w przypadku świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym, także z powrotem do miejsca zamieszkania (pobytu) świadczeniobiorcy, realizowanego na zasadach określonych przepisami art. 41 ust 1 i 2 ustawy oraz § 4 ust. 2 Rozporządzenia MZ, z zastrzeżeniem ust. 2, obejmujące:
 - 1) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym;
 - 2) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym;
 - 3) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i z powrotem;
 - 4) przewóz, z miejsca zamieszkania (pobytu), celem wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, i z powrotem;
 - 5) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.

2. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w POZ obejmuje również świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ, określone w § 2 pkt 13 niniejszego zarządzenia, w tym:
- 1) przewóz od granicy Polski do miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, w przypadku, gdy z przyczyn losowych, niewynikających z wyboru świadczeniobiorcy, korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a jego stan zdrowia w momencie uzyskania wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do miejsca zamieszkania (domu świadczeniobiorcy);
 - 2) przewóz od granicy Polski do najbliższego, ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, w przypadku, gdy z przyczyn losowych, niewynikających z wyboru świadczeniobiorcy, korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju a wypis ze szpitala następuje przed zakończeniem terapii i wymaga kontynuacji leczenia w kraju, oraz gdy nie istnieją medyczne przeciwwskazania do udzielenia świadczenia transportu sanitarnego POZ;
 - 3) przewozy w celu zapewnienia ciągłości sprawowanej opieki specjalistycznej realizowane z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do najbliższego właściwego ze względu na zakres udzielanych świadczeń, świadczeniodawcy specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i z powrotem, w przypadku, gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca musi pozostawać pod stałą opieką danego świadczeniodawcy i odległość pomiędzy miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy a tym świadczeniodawcą przekracza łącznie tam i z powrotem 120 km;
 - 4) przewozy w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych realizowane z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do świadczeniodawcy wskazanego skierowaniem na transport sanitarny i z powrotem, w przypadku, gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca musi korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń opieki ambulatoryjnej, realizowanych jedynie przez niektórych świadczeniodawców we właściwym zakresie świadczeń i miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości

przekraczającej łącznie tam i z powrotem 120 km, a ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy. Przepis stosuje się odpowiednio dla możliwych do realizacji w warunkach ambulatoryjnych, procedur kwalifikacji wstępnej świadczeniobiorców do świadczeń wysokospecjalistycznych, realizowanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. Nr 139, poz. 1140).

§ 36.

Organizacja udzielania świadczeń

1. Świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcom dostępność do świadczeń transportu sanitarnego od poniedziałku do piątku, w godz. od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
2. Świadczenia transportu sanitarnego w POZ, poza sytuacjami wymienionymi w § 35 ust 2 pkt 3 i 4, nie obejmują obowiązku zapewnienia transportu sanitarnego realizowanego przez świadczeniodawców w innych rodzajach świadczeń, zgodnie z obowiązującymi przepisami w ramach kompleksowości udzielania świadczeń.
3. Podmiot ubiegający się o zawarcie umowy sanitarnego udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w POZ składa wraz z wnioskiem o zawarcie umowy, oświadczenia świadczeniodawców POZ, którzy cedują temu świadczeniodawcy prawa do objęcia przedmiotową opieką świadczeniobiorców zadeklarowanych u nich do lekarzy poz. Wzór oświadczenia stanowi **załącznik nr 8** do zarządzenia.
4. Świadczenia, o których mowa w § 35 ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz.
5. Świadczenia, o których mowa w § 35 ust. 2, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz, po uzyskaniu przez świadczeniobiorcę zgody na udzielenie świadczenia, wydanej przez do dyrektora właściwego terytorialnie Oddziału Funduszu.
6. O wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ występuje, w uzgodnieniu z lekarzem poz, do dyrektora właściwego terytorialnie Oddziału Funduszu:

- 1) świadczeniobiorca lub członek rodziny świadczeniobiorcy po uzyskaniu stosownego zaświadczenia (sporządzonego w języku polskim) od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych, w przypadkach określonych w § 35 ust. 2 pkt 1 i 2;
 - 2) świadczeniobiorca lub jego opiekun prawny, po uzyskaniu stosownego zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczeń, w przypadkach określonych w § 35 ust. 2 pkt 3 i 4.
7. Wzór wniosku o zlecenie transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ, określa **załącznik nr 9** do zarządzenia.
8. W przypadkach, gdy miejsce udzielenia świadczenia wskazane skierowaniem na transport sanitarny, nie jest najbliższym we właściwym, uzasadnionym względami medycznymi, zakresie – koszty transportu wynikające z różnicy odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym i docelowym, pokrywa świadczeniobiorca, zgodnie z cennikiem obowiązującym u świadczeniodawcy POZ, który realizuje świadczenie transportu sanitarnego.

§ 37.

1. Finansowanie świadczeń, o których mowa w § 35 ust. 1 realizowane jest zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitacyjną.
2. Finansowanie świadczeń, o których mowa w § 35 ust. 2 odbywa się na podstawie informacji o zrealizowanych przewozach, dla których jednostkami rozliczeniowymi są określone w załączniku nr 1 do zarządzenia, zryczałtowane stawki za przewóz, uzależnione od ilości przebytych kilometrów „tam i z powrotem”, ustalone dla następujących przedziałów odległości:
 - 1) od 121 km do 400 km;
 - 2) powyżej 400 km.
3. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku, wraz ze specyfikacją przewozów, o których mowa w ust. 2, zawierającą liczbę przebytych kilometrów w odniesieniu do każdego przewozu. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
 - 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi iloczyn liczby świadczeniobiorców objętych opieką i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej;

- 2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1 ustalana przez Fundusz na podstawie weryfikacji listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarzy poz u świadczeniodawcy POZ lub lekarzy poz tych świadczeniodawców POZ, którzy złożyli danemu świadczeniodawcy, wraz z informacją o listach zadeklarowanych świadczeniobiorców, oświadczenia, o których mowa w § 36 ust. 3;
- 3) listy, o których mowa w pkt 2, podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz na zasadach określonych w § 18 ust. 6 pkt 3 - 5;
- 4) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, stanowi suma:
 - a) iloczynu: liczby przewozów zrealizowanych na odległość 121 - 400 km i ryczałtu za przewóz, o którym mowa w ust. 2 pkt 1;
 - b) iloczynów: iloczynu liczby przewozów zrealizowanych na odległość powyżej 400 km i ryczałtu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 oraz iloczynu liczby przejechanych kilometrów ponad odległość 400 km i ryczałtu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2.

§ 38.

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie: transport sanitarny w POZ prowadzi dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w szczególności – Książkę wyjazdów.
2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, zawiera w szczególności:
 - 1) dane osobowe pacjenta: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, numer dokumentu uprawniającego do świadczeń;
 - 2) dane zleceniodawcy,
 - 3) dane dotyczące zlecenia na przewóz: datę przyjęcia zlecenia, docelowe miejsce i przyczyna transportu;
 - 4) datę realizacji zlecenia i charakter transportu (zwykły, daleki);
 - 5) liczbę przejechanych kilometrów.
3. Zlecenia stanowiące podstawę realizacji przewozów podlegają włączeniu do prowadzonej przez świadczeniodawcę dokumentacji i podlegają warunkom kontroli realizacji umów.

Rozdział 10

Zawieranie umów w POZ

§ 39.

Warunkiem zawarcia umowy jest:

- 1) spełnianie przez wnioskującego wymogów określonych w odrębnych przepisach i niniejszym zarządzeniu;
- 2) złożenie wniosku wraz z wymaganymi zarządzeniem dokumentami i oświadczeniami.

§ 40.

1. Wnioskujący składa wniosek, którego wzór stanowi **załącznik nr 10** do zarządzenia do Oddziału Funduszu właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń, w sposób określony przez ten Oddział Funduszu.
2. Wnioski o zawarcie umów mogą być składane w ciągu całego roku kalendarzowego.
3. Wnioski składać należy do 10 dnia każdego miesiąca. Złożone prawidłowo wnioski rozpatrzone będą w czasie umożliwiającym zawarcie umowy od pierwszego dnia kolejnego okresu sprawozdawczego. Jeżeli wnioskujący składa wniosek drogą pocztową, uważa się, że termin został zachowany, jeżeli data stempla pocztowego (data nadania) nie jest późniejsza niż data 10 dnia danego miesiąca, w którym składany jest wniosek.
4. Złożenie wniosku jest równoznaczne z:
 - 1) oświadczeniem wnioskującego o zapoznaniu się z zapisami zarządzenia;
 - 2) potwierdzeniem przez wnioskodawcę prawdziwości danych zawartych w złożonym wniosku;
 - 3) oświadczeniem o posiadaniu tytułu prawnego do pomieszczeń oraz spełnieniu wymogów lokalowych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których będą udzielane świadczenia w ramach zawartej umowy z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa;
 - 4) oświadczeniem o posiadaniu tytułu prawnego do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej koniecznych dla prawidłowego sposobu udzielania świadczeń, stanowiących wyposażenie pomieszczeń, o których mowa w pkt 3;

5) spełnienia warunku określonego w art. 132 ust. 3 ustawy.

§ 41.

1. Wnioskujący składa wniosek w formie pisemnej i elektronicznej, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
2. Wniosek w formie elektronicznej sporządzany jest w formacie wymaganym przez system informatyczny Oddziału Funduszu. Oddział Funduszu dla sporządzenia wniosku w formie elektronicznej udostępnia wnioskującemu bezpłatne oprogramowanie aplikacyjne lub zapewnia dostęp do aplikacji portalowej.
3. Wniosek składa się z następujących części:
 - 1) dane identyfikacyjne wnioskującego;
 - 2) wykaz podwykonawców z informacją o umowach podwykonawstwa, gdy w szczegółowych warunkach umów lub wzorze umowy, dopuszczone jest zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 3) wykaz personelu z opisem kompetencji, w tym personelu podwykonawcy w przypadku podzlecenia zakresu świadczeń;
 - 4) wykaz sprzętu, w tym sprzętu podwykonawcy w przypadku podzlecenia zakresu świadczeń;
 - 5) wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, w tym podwykonawcy;
 - 6) oferta rzeczowa dla przedmiotu postępowania w miejscach udzielania świadczeń, w tym:
 - a) informacja o zakresie rzeczowym wniosku,
 - b) wskazanie potencjału wykonawczego na podstawie wykazów określonych w pkt 2 – 4,
 - c) harmonogram udzielania świadczeń,
 - d) harmonogram pracy personelu lub jego ogólną dostępność godzinową;
 - 7) ankiet dotyczących danego przedmiotu postępowania;
 - 8) dokumentów opisanych w § 42.
4. Wniosek w formie pisemnej stanowi wydruk z aplikacji ofertowej zgodny z **załącznikiem nr 10** do zarządzenia wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 3 pkt 8.
5. W przypadku, gdy w dniu składania wniosku oddział wojewódzki Funduszu posiada w swoim systemie informatycznym informacje, o których mowa w ust. 3

pkt 2 – 5, pkt 6 lit.b,c,d i pkt 7, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, dyrektor Oddziału Funduszu dopuszcza złożenie wniosku w części określonej w ust. 3 pkt 6 lit.a oraz pisemnego oświadczenia, określonego w **załączniku nr 11** do zarządzenia.

6. W przypadku wystąpienia zmian w danych, o których mowa w ust 5, świadczeniodawca zobowiązany jest do aktualizacji tych danych w sposób określony przez Fundusz.

§ 42.

1. Wniosek w formie pisemnej powinien być uzupełniony o następujące dokumenty i oświadczenia:
 - 1) dokumenty określające zdolność do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) w przypadku zakładów opieki zdrowotnej – aktualny wypis z rejestru wojewody lub Ministra Zdrowia,
 - b) w przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk – aktualny dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej albo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych;
 - 2) dokumenty określające zdolność wnioskującego do czynności prawnych:
 - a) w przypadku zakładów opieki zdrowotnej – aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w przypadku SP ZOZ),
 - b) w przypadku świadczeniodawców prowadzących działalność gospodarczą – aktualne zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru przedsiębiorców;
 - 3) kopia obowiązującego statutu;
 - 4) kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy. Świadczeniodawca, który nie posiada umowy z Oddziałem Funduszu może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument stwierdzający (oświadczenie świadczeniobiorcy), że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej spełniająca wymogi

- określone przez Fundusz zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy;
- 5) wykaz podwykonawców stanowiący **załącznik nr 12** do zarządzenia oraz kopie zawartych z nimi umów (bez postanowień określających finansowanie) albo wzory umów z podwykonawcami, łącznie ze zobowiązaniem się do ich zawarcia, zawierające zastrzeżenia o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z wnioskującym, o ile przewiduje on udział podwykonawców w realizacji umowy;
 - 6) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskującego, w szczególności do złożenia wniosku, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania wnioskującego wynika z dokumentów przedstawionych wraz z wnioskiem – w przypadku, gdy wnioskujący reprezentowany jest przez pełnomocnika;
 - 7) o inne dokumenty lub oświadczenia, jeżeli obowiązek ich dołączenia do wniosku określony został w niniejszym zarządzeniu.
2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 uznaje się za ważne w przypadku, gdy data ich wystawienia nie będzie wcześniejsza niż na 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków.
 3. W przypadku wnioskodawców, którzy:
 - 1) w dniu złożenia wniosku są świadczeniodawcami realizującymi umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna;
 - 2) złożyli oferty o zawarcie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w innych rodzajach świadczeń lub;
 - 3) są świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w innych rodzajach świadczeń- i w związku tym Oddział Funduszu posiada dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 1 - 3, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, wnioskujący może złożyć oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w **załączniku nr 13** do zarządzenia.
 4. Kserokopie dokumentów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń w imieniu wnioskującego.
 5. Oddział Funduszu może żądać przedstawienia oryginału dokumentu w przypadku, gdy kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do

jej zgodności z oryginałem, a Oddział Funduszu nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.

6. W przypadku złożenia przez wnioskującego oryginalnych dokumentów Oddział Funduszu zwraca je na wniosek świadczeniodawcy, pod warunkiem dostarczenia przez niego kserokopii tych dokumentów poświadczonych zgodnie z ust. 3.

§ 43.

1. Wnioskujący zobowiązany jest do zapoznania się z narzędziami informatycznymi określonymi przez Oddział Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania wniosku.
2. Przygotowując wniosek wnioskujący zobowiązany jest w szczególności, do:
 - 1) pobrania materiałów niezbędnych do przygotowania wniosku i jego formy elektronicznej;
 - 2) zarejestrowania profilu świadczeniodawcy z użyciem portalu Funduszu – jeśli regulamin techniczny przygotowania wniosku to przewiduje;
 - 3) przygotowania wniosku i jego formy elektronicznej;
 - 4) zapisania elektronicznej formy wniosku na nośniku elektronicznym oraz umieszczenia na nośniku opisu zawierającego:
 - a) wyraz: „wniosek”,
 - b) nazwę i adres wnioskującego,
 - c) wskazanie zakresu świadczeń POZ,
 - 5) opatrzenia wniosku, podpisami osób uprawnionych do reprezentowania wnioskującego;
 - 6) umieszczenia podpisanego wydruku wniosku oraz nośnika elektronicznego, w odrębnej zaklejonej kopercie;
 - 7) umieszczenia koperty, o której mowa w pkt 6 (zawierającej wydruk wniosku oraz nośnik) wewnątrz koperty lub paczki zawierającej pozostałe dokumenty określone w § 45;
 - 8) umieszczenia na kopercie lub paczce, o której mowa w pkt 7, wydruku komputerowego pod nazwą „Oznaczenie wniosku”, którego wzór stanowi **załącznik nr 14** do zarządzenia.

§ 44.

1. Wniosek należy sporządzić, pod rygorem nieważności, w sposób czytelny w języku polskim.
2. Do wszystkich dokumentów składanych w językach obcych należy dostarczyć tłumaczenie na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Wniosek powinien zawierać wszelkie wymagane przez Fundusz dokumenty i oświadczenia.
4. Każda strona wniosku powinna być podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu wnioskującego oraz opatrzona numerem kolejnym.

§ 45.

1. Wnioskujący może złożyć, w danym Oddziale Funduszu tylko jeden wniosek dotyczący danego zakresu świadczeń POZ.
2. Wnioskujący, którego jednostki organizacyjne są zlokalizowane na obszarze działania więcej niż jednego oddziału wojewódzkiego Funduszu, może złożyć więcej niż jeden wniosek na dany zakres świadczeń POZ. Wnioski składa się w takim przypadku w Oddziale Funduszu właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń.
3. Wnioskujący spełniający wymogi świadczeniodawcy dla wielu zakresów świadczeń POZ może złożyć kilka wniosków dotyczących różnych zakresów świadczeń POZ określonych w zarządzeniu.

§ 46.

W przypadku, osobistego złożenia wniosku, wnioskujący otrzymuje potwierdzenie jego złożenia, zawierające datę złożenia oraz numer z rejestru wniosków, którego wzór stanowi **załącznik nr 15** do zarządzenia.

§ 47.

1. W przypadku wezwania wnioskującego do usunięcia braków we wniosku wykonuje on wskazane czynności w terminie określonym w wezwaniu.
2. Jeżeli wnioskujący wykonuje wezwanie Oddziału Funduszu do uzupełnienia braków wskazane w ust. 1 drogą pocztową, uważa się, że termin został zachowany, jeżeli data stempla pocztowego (data nadania) nie jest późniejsza niż termin określony w wezwaniu do usunięcia braków.
3. Kopertę lub paczkę zawierającą dokumenty lub oświadczenia stanowiące

uzupełnienie braków, o których mowa w ust. 1, oznacza się tak samo, jak składany wniosek oraz dodatkowo umieszcza się dopisek „Usunięcie braków wniosku”.

§ 48.

1. Rozpatrzenie wniosku złożonego przez podmiot, który dotychczas nie realizował umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, a także w stosunku do dotychczasowych świadczeniodawców, w przypadkach wątpliwych wymagających zweryfikowania Fundusz zastrzega sobie prawo przeprowadzenia u wnioskującego wizytacji.
2. Wizytację, o której mowa w ust. 1 przeprowadzają, po uprzednim powiadomieniu wnioskującego, upoważnieni członkowie, powołanej przez dyrektora Oddziału Funduszu, komisji rozpatrującej wnioski, w obecności osoby upoważnionej przez wnioskującego.
3. Wizytacja dokumentowana jest protokołem sporządzonym przez osoby przeprowadzające wizytację, potwierdzonym przez wnioskującego.

§ 49.

Przy jednoczesnym rozpatrywaniu wniosków złożonych przez różnych świadczeniodawców POZ realizujących umowy w zakresach podstawowych POZ, dotyczących zawarcia lub przedłużenia na kolejne okresy umów o udzielanie świadczeń w zakresach szczegółowych:

- 1) nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej lub nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarskiej;
 - 2) nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ,
- które dotyczą tej samej populacji, z uwagi na kompleksowość realizowanego świadczenia Fundusz zastrzega sobie prawo pozytywnej oceny wniosku o zawarcie umowy, o którym mowa w pkt 2.

§ 50.

Po rozpatrzeniu wniosku i dokonaniu oceny spełniania przez wnioskującego warunków zawarcia umowy Oddział Funduszu:

- 1) w przypadku pozytywnej oceny - przesyła wnioskującemu do podpisania umowę, wskazując termin jej podpisania;
- 2) w przypadku negatywnej oceny – przesyła wnioskującemu w formie pisemnej

swoje rozstrzygnięcie z podaniem przyczyn odmowy zawarcia umowy.

Rozdział 11

Postanowienia końcowe

§ 51.

Traci moc zarządzenie nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (z późniejszymi zmianami).

§ 52.

Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do postępowań w sprawie zawarcia i zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2010 r.

§ 53.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Jacek Paszkiewicz