

07/STM/2008

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- LECZENIE STOMATOLOGICZNE**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia - Oddziałem
Wojewódzkim w** z siedzibą:
..... (ADRES), reprezentowanym przez
....., zwanym dalej "**Oddziałem Funduszu**"

a

....., reprezentowanym przez
....., zwanym dalej "**Świadczeniodawcą**".

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie stomatologiczne, zwanych dalej "świadczeniami", w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w **zarządzeniu nr 64/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne**, zwanych dalej „warunkami zawierania umów”.
3. Warunki zawierania umów, o których mowa w ust. 2, obowiązują w okresie rozliczeniowym przypadającym na okres od dnia 1.01.2008 r. do dnia 31.12.2008 r. Warunki zawierania umów na dalsze okresy rozliczeniowe w okresie obowiązywania umowy ustalane są w trybie określonym w § 10 umowy.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie personelu”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 3** do umowy – „Harmonogram – zasoby”.
3. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 3** – „Harmonogram - zasoby”.
4. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 4** do umowy.
5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i warunkach zawierania umów.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 4** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.
9. Aktualizację danych, o których mowa w ust. 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w Regulaminie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 3

1. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania „Zasad postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, które stanowią **załącznik nr 5** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapoznania z zasadami, o których mowa w ust. 1 wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie i zasadach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w jego placówce.

§ 4

1. Na okres obowiązywania umowy, Świadczeniodawca zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 5

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia r. do dnia r. wynosi maksymalnie.....zł (słownie:zł).
2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr.....
4. W załączniku, o którym mowa w ust. 2, w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym wyodrębnia się kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację znieczuleń ogólnych przysługujących osobom upośledzonym w stopniu znacznym lub głębokim, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych. Jednostkowa wartość znieczulenia wynosi 300 zł.
5. W przypadku, gdy wartość wykonanych przez Świadczeniodawcę świadczeń, o których mowa w ust. 4, przekroczy kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy, określoną w ust. 2, na wniosek Świadczeniodawcy – składany nie częściej, niż raz w kwartale – strony umowy zwiększą odpowiednio:
 - 1) kwotę zobowiązania przeznaczoną na realizację znieczuleń ogólnych oraz kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym, o której mowa w ust. 2;
 - 2) kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy określoną w umowie, o której mowa w ust. 1.
6. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, obejmuje kwotę przeznaczoną na świadczenia protetyczne w wysokości zł (słownie.....) rocznie.¹
7. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, obejmuje kwotę przeznaczoną na świadczenia ortodontyczne w wysokościzł (słownie) rocznie. ²
8. Należność z tytułu realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 6 lub 7, stanowi iloczyn liczby zrealizowanych świadczeń protetycznych lub świadczeń ortodontycznych i kwoty przeznaczonej na jedno świadczenie wynoszącej 150 zł.
9. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r., z zastrzeżeniem ust. 10 - 15 oraz § 6.
10. Należność z tytułu realizacji świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, za okres sprawozdawczy, jest określona w odrębnym rachunku przekazywanym przez Świadczeniodawcę.
11. Należność z tytułu realizacji świadczeń udzielanych osobom, o których mowa art. 12 pkt 2-4 i 6 ustawy, za okres sprawozdawczy, jest określana w rachunkach wystawianych odrębnie

¹Dotyczy zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia protetyki stomatologicznej, świadczenia protetyki stomatologicznej dla osób po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki.

² Dotyczy zakresu świadczenia ortodontyczne.

dla każdej z kategorii osób wskazanych w art. 12 pkt 2-4 i 6 ustawy.

12. W przypadkach, o których mowa w ust. 10 i 11 kwoty rachunków zawierają się w kwotach określonych w Planie rzeczowo – finansowym, o którym mowa w ust. 2.
13. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera w sobie kwotę przeznaczoną na wzrost wynagrodzeń w roku 2008 stosownie do postanowień Rozdziału 3 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076), w wysokości zł (słownie.....zł).
14. Środki, o których mowa w ust. 13, będą przekazywane w równych miesięcznych ratach w terminach do 5 dnia miesiąca, następującego po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy.
15. Świadczeniodawca wystawia rachunki oddziałowi Funduszu z tytułu, o którym mowa w ust. 8, do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym nastąpi przekazanie raty środków na podwyżki.

§ 6

1. Kwota zobowiązania, o której mowa w § 5 ust. 1, nie obejmuje zobowiązań z tytułu kosztów świadczeń ponoszonych przez Fundusz z rezerwy, o której mowa art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c ustawy, w przypadkach gdy:
 - 1) konieczność ich udzielenia jest następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdu mechanicznego, a posiadacz tego pojazdu ma obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, oraz
 - 2) posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania na zasadach określonych w art. 34 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.).
2. W celu ustalenia kwoty należności za okres sprawozdawczy za świadczenia, o których mowa w ust. 1, Oddział Funduszu przeprowadza weryfikację świadczeń wykazanych w raporcie statystycznym w oparciu o dane uzyskane zgodnie z art. 131a ust. 4 i 5 ustawy.
3. Informację zawierającą wskazanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, Oddział Funduszu przesyła Świadczeniodawcy; termin przekazania informacji uzależniony jest od terminu uzyskania przez Fundusz danych, o których mowa w art. 131 a ust. 4 i 5 ustawy.

4. Świadczeniodawca potwierdza, że świadczenia wskazane przez Oddział Funduszu w informacji, o której mowa w ust. 3, zostały wykonane w warunkach opisanych w art. 14b ustawy.
5. Raport obejmujący potwierdzenie wykonania świadczeń w warunkach, o których mowa w art. 14b ustawy, stanowi podstawę wystawienia odrębnego rachunku.
6. Ustalając należność za okres sprawozdawczy za świadczenia, o których mowa w ust. 1, dla których przewidziano rozliczanie ryczałtem, Świadczeniodawca uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.
7. Świadczeniodawca, na wniosek Oddziału Wojewódzkiego, przedstawia kalkulację rzeczywistych kosztów, świadczeń o których mowa w ust. 6, w celu ich weryfikacji.
8. W przypadku gdy Świadczeniodawca stwierdzi wykonanie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nie ujętego w informacji, o której mowa w ust. 3, strony umowy przeprowadzą stosowne postępowanie wyjaśniające w celu potwierdzenia istnienia przesłanek, o których mowa w ust. 1.

§ 7

1. Świadczeniodawca gromadzi i przekazuje Funduszowi dane o świadczeniach udzielonych poszczególnym świadczeniobiorcom w zakresie i na zasadach określonych w przepisach odrębnych, w zarządzeniach wydanych przez Prezesa Funduszu na podstawie tych przepisów oraz umowy.
2. W przypadku świadczeń wykonywanych w trybie hospitalizacji świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym wykonywanych procedur medycznych wg ICD 9.

KARY UMOWNE

§ 8

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną

stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 -2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 9

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

§ 10

1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza warunki zawierania umów na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego.
2. Oddział Funduszu przedstawia w terminie do dnia 30 września danego okresu rozliczeniowego propozycję kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy.
3. Ustalenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane jest w terminie do dnia 30 listopada danego okresu rozliczeniowego.
4. W przypadku jeśli kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy lub planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy nie została ustalona w terminie określonym w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego okresu rozliczeniowego. Oddział Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego okresu rozliczeniowego, na zasadach obowiązujących w grudniu danego okresu rozliczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 11

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 12

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 13

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

.....
.....

Świadczeniodawca

.....
.....

Oddział Funduszu

Wykaz załączników do umowy:

Załącznik nr 1 do umowy – Plan rzeczowo-finansowy;

Załącznik nr 2 do umowy – Wykaz personelu;

Załącznik nr 3 do umowy – Harmonogram-zasoby;

Załącznik nr 4 do umowy – Wykaz podwykonawców.

Załącznik nr 5 do umowy – Zasady postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr do umowy nr					Nr dokumentu wprowadzającego			
rodzaj świadczeń:.....					wersja			
Nr identyfikacyjny Świadczeniodawcy nadany przez NFZ								
Nazwa świadczeniodawcy								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: do			
					Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
Razem zakresy (kwota umowy)								
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje								
Razem pozycje	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
	Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
	Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
	Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

Pozycja	Kod zakresu	Nazwa zakresu	TERYT			
Kod miejsca	Nazwa miejsca					
Adres miejsca						
		Styczeń	Luty	Marzec	I kwartał	
	liczba * cena				Liczba	
	wartość				Wartość (zł)	
		Kwiecień	Maj	Czerwiec	II kwartał	
	liczba * cena				Liczba	
	wartość				Wartość (zł)	
		Lipiec	Sierpień	Wrzesień	III kwartał	
	liczba * cena				Liczba	
	wartość				Wartość (zł)	
		Październik	Listopad	Grudzień	IV kwartał	
	liczba * cena				Liczba	
	wartość				Wartość (zł)	
	Razem	LICZBA				
		WARTOŚĆ (zł)				

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

* Techniczny kod operacji formalno - prawnej na podstawie, której została utworzona pozycja umowy

WYKAZ PERSONELU

Załącznik nr ... do umowy nr

rodzaj świadczeń:.....

Id personelu	Nazwisko	Imiona	PESEL

Uprawnienia zawodowe	
Grupa zawodowa	Nr Prawa Wyk. Zawodu

Zawód-specjalność			
Nazwa	Stopień specjalizacji	Data uzyskania	Data otwarcia

Kompetencje	
Nazwa	Data uzyskania

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr do umowy nr

rodzaj świadczeń:.....

Nr pozycji umowy	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Nazwa miejsca udzielania świadczeń	Adres miejsca udzielania świadczeń	Część VII kodu resortowego	Część VIII Kodu resortowego

Harmonogram dostępności zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz

Personel												
Numer z wykazu	PESEL	Zawód/specjalność	Nr prawa	Dostępność godzinowa tygodniowo	Harmonogram pracy *							
					pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz	

Sprzęt						
Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu OW	Nazwa sprzętu	Ilość	Nr seryjny sprzętu	Rodzaj dostępności sprzętu	Rok produkcji	

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

* Drukowany jeżeli został wypełniony szczegółowy harmonogram pracy

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

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
<i>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</i>			
Nazwa			
Adres siedziby		Kod terytorialny	
REGON		NIP	
Forma organizacyjna		Forma gospodarki finansowej (część IV KR)	
Osoba/y uprawniona do reprezentowania			

<i>Dane rejestrowe podwykonawcy</i>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru (dla RZOZ część I KR)	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	

<i>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</i>			
Umowa/promesa	Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	
Przedmiot świadczeń podwykonywanych		Opis przedmiotu podwykonawstwa	

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

**Zasady postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego
w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.**

1. Lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy lekarz udzielający świadczeń w ramach umowy podpisanej z NFZ.
2. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązany jest do posługiwania się w procesie prowadzonego przez siebie leczenia i diagnozowania formularzami, których merytoryczną zawartość określa NFZ, o ile nie wynikają one z odrębnych przepisów
3. Lekarz POZ kierujący świadczeniobiorcą do lekarza specjalisty lub do szpitala zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną umożliwiającymi potwierdzenie wstępnego rozpoznania.
4. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej i szpitalu zobowiązany jest, do pisemnego informowania lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym czasokresu ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.
5. Lekarz POZ ordynuje leki dla świadczeniobiorcy w sytuacji opisanej w p. 4 (konieczność stałego przyjmowania leków w schorzeniach przewlekłych), jeżeli w dokumentacji medycznej przez niego prowadzonej znajduje się informacja, której zakres opisany jest w p.4 pochodząca od lekarza realizującego świadczenia w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z NFZ.
6. W przypadku, gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania badań kontrolnych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza specjalisty, do którego świadczeniobiorca ma prawo zgłosić się bez skierowania.
7. W przypadku, gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz specjalista dołącza do skierowania wyniki badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

8. W przypadku kierowania świadczeniobiorcy z jednej poradni specjalistycznej do innej, jako badania wstępne przekazywane są wyniki badań wykonane w poradni kierującej oraz inne badania diagnostyczne będące w posiadaniu świadczeniobiorcy a wykonane przez lekarza POZ, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania .
9. W przypadku zakwalifikowania pacjenta na oddział szpitalny, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych leży po stronie szpitala.
10. W czasie trwania hospitalizacji świadczeniobiorcy, lekarz POZ nie może wystawiać mu zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne (zwłaszcza pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne itp.) oraz ordynować leków, których konieczność zażywania wynika z przebiegu hospitalizacji a może ordynować leki, których zażywanie nie wynika z przyczyny hospitalizacji .
11. Szpital zapewnia świadczeniobiorcy leki związane z przebiegiem hospitalizacji, których zażywanie wynika z przyczyny hospitalizacji..
12. Świadczeniobiorca po zakończeniu hospitalizacji (także w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym) powinien zostać zaopatrzony stosownie do zaistniałej sytuacji w: skierowania do lekarzy specjalistów, informację dla lekarza POZ, recepty, zwolnienie lekarskie oraz wyniki badań diagnostycznych wykonanych w toku leczenia.
13. Każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w trakcie prowadzonego leczenia w przypadkach medycznie uzasadnionych orzeka o czasowej niezdolności do pracy – wystawia zwolnienie lekarskie.