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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art.146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027), zwanej dalej „ustawą", 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) **ankieta** – rozumie się przez to zestaw pytań określonych przez Fundusz, na które oferent obowiązany jest udzielić odpowiedzi, przygotowany w formacie informatycznym określonym przez Fundusz;
   2) **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 deklaracją: lekarza poz, pielęgniarkę poz, położną poz;
   3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
   4) **grupowa profilaktyka fluorkowa** – świadczenie realizowane metodą nadzorowanego szczoteczkowania zębów z użyciem związków fluoru, wykonywane w klasach I - VI, 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni;

5) **katalog świadczeń pielęgniarskich w POZ** – wyceniony punktowo wykaz świadczeń pielęgniarskich będący podstawą raportu statystycznego oraz rozliczania umowy w zakresie: świadczenia pielęgniarki poz;
6) **lista świadczeniobiorców** - imienny wykaz osób objętych opieką przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz, ustalany zgodnie z § 17 ust. 2 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących 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) zwanych dalej ,,Ogólnymi warunkami umów". Wykaz ten stanowi:
   a) podstawę rozliczenia świadczeniodawcy przez właściwy Oddział Funduszu oraz dokonania zapłaty z tytułu realizacji umowy według rocznej stawki kapitacyjnej,
   b) element sprawozdawczości statystycznej niezbędny w procesie weryfikacji list świadczeniobiorców;
7) **lista uczniów** - listę uczniów objętych opieką przez pielęgniarkę szkolną, stanowiącą podstawę rozliczenia świadczeniodawcy w ramach zawartej umowy oraz dokonania przez właściwy Oddział Funduszu płatności z tytułu jej realizacji;
8) **merytoryczny zakres świadczeń** – zestaw zakresów szczegółowych będący przedmiotem wniosku i umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Cechą wspólną zakresów jest ich realizacja przez jedną z grup zawodowych wyodrębnionych w rodzaju albo objęcie opieką przez świadczeniodawcę populacji zadeklarowanej do lekarza poz i/lub pielęgniarki poz na podstawie udzielonego oświadczenia;
9) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
10) **pielęgniarka szkolna** – wyłącznie pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania[1];
11) **pielęgniarska opieka domowa w POZ** – realizowane przez pielęgniarkę poz, w domu/miejscu pobytu świadczeniobiorcy, świadczenie opieki zdrowotnej dla osób w każdym wieku, u których stwierdza się ograniczenie sprawności psychofizycznej spowodowane procesem chorobowym i którego ocena stanu samoobsługi, według skali Barthel (załącznik nr 10 do zarządzenia), wynosi

[1] funkcję pielęgniarki szkolnej może pełnić także higienistka szkolna

nie więcej niż 60 punktów;

12) **porada w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych** - traktowany jako jedno świadczenie cykl udokumentowanych zdarzeń opisanych warunkami profilaktycznych programów zdrowotnych, określonych w zarządzeniu jako element przedmiotu umowy o udzielanie świadczeń w odpowiednich merytorycznych zakresach świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna;
13) **POZ** – Podstawową Opiekę Zdrowotną;
14) **świadczenia lekarza poz w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych** - świadczenia lekarzy poz, zdefiniowane warunkami Programu profilaktyki chorób układu krążenia oraz Programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP – Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc), udzielane pod warunkiem spełnienia wymogów;
15) **świadczenia pielęgniarki poz w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych** - świadczenia pielęgniarki poz, zdefiniowane warunkami Programu profilaktyki gruźlicy, udzielane pod warunkiem spełnienia wymogów;
16) **świadczeniodawca POZ** – podmiot spełniający, określone odrębnymi przepisami oraz przepisami niniejszego zarządzenia, wymogi dla świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, uprawniony poprzez zawarcie umowy z Funduszem do przyjmowania deklaracji wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz oraz na ich podstawie tworzenia listy świadczeniobiorców i/lub uprawniony do tworzenia listy uczniów na podstawie danych o uczniach szkoły pozyskanych od dyrektora danej szkoły, której uczniów obejmuje opieką w zakresie świadczeń pielęgniarki szkolnej;
17) **transport sanitarny w POZ** – świadczenia opieki zdrowotnej 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 oraz przepisach wykonawczych wydanych na jej podstawie. 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 zlecania transportu sanitarnego POZ upoważniony jest

lekarz poz;

18) **transport sanitarny ,,daleki" w POZ** – świadczenie określone w pkt 17 i realizowane na zasadach określonych zarządzeniem Prezesa Funduszu, przysługujące świadczeniobiorcom znajdującym się na listach lekarzy poz, gdy występuje konieczność realizacji przewozu świadczeniobiorcy na odległość przekraczającą „tam i z powrotem" 120 km łącznie;
19) **wniosek** – wniosek ubiegającego się o zawarcie umowy;
20) **wnioskujący** – świadczeniodawca w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy, ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna;
21) **zakres świadczeń szczegółowych** – rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w rodzaju świadczeń lub zakresie świadczeń danego rodzaju, dla których w umowie określa się sposób i kwotę finansowania;
22) **zgłoszenie do objęcia pielęgniarską opieką domową w POZ** - pisemne zgłoszenie do pielęgniarki poz potrzeby objęcia chorego świadczeniami pielęgniarskiej opieki domowej w POZ, zgodnie ze wzorem ustalonym przez Fundusz;
23) **skala Barthel** – określona treścią załącznika nr 10 do zarządzenia, skala opracowana wg międzynarodowej skali oceny punktowej, w której bierze się pod uwagę czynności życia codziennego, które osoba oceniana może wykonać sama lub z pomocą innych osób albo nie może wykonać ich wcale;
24) **dostęp/zapewnienie realizacji** – zapewnienie wykonywania świadczeń w innym miejscu lub lokalizacji niż ta, w której realizowane są świadczenia;
25) **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym/ których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
26) **lekarz danej specjalności** – lekarz, który posiada specjalizację I° w określonej dziedzinie medycyny;
27) **lekarz specjalista w danej dziedzinie medycyny** - lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej szczegółowej dziedzinie medycyny;
28) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, zgodnie z programem specjalizacji, co najmniej 2 lata od jej otwarcia;

29) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy, zasady kontraktowania, warunki udzielania, sprawozdawanie, rozliczanie i finansowanie świadczeń – postanowienia wspólne

§ 3.

1. Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 1 jest wyłonienie świadczeniodawców, z którymi zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń, spełniających wymagania określone w niniejszym zarządzeniu.
2. Przedmiotem umowy są świadczenia w POZ udzielane świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie - w warunkach domowych lub w środowisku nauczania i wychowania, finansowane przez Fundusz. Umowy określają również zasady ich rozliczania.
3. W rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna wyodrębnia się, będące odpowiednio przedmiotami wniosku i umowy, następujące merytoryczne zakresy świadczeń:
   1) świadczenia lekarza poz, w tym,
      w zależności od spełnienia wymogów i dokonanego wyboru także:
      a) świadczenia w ramach programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP);
   2) świadczenia pielęgniarki poz, finansowane zgodnie z dokonanym wyborem**:**
      a) metodą kapitacyjną według rocznej stawki kapitacyjnej,
      b) metodą zadaniową według wykonania wycenionego punktowo katalogu świadczeń pielęgniarki poz;
   3) świadczenia położnej poz;
   4) świadczenia pielęgniarki szkolnej;
   5) świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ, w tym, w zależności od spełnienia wymogów i dokonanego wyboru oraz na warunkach określonych niniejszym zarządzeniem:

a) nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ,

b) nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska w POZ,

c) nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka pielęgniarska w POZ,

d) nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska w POZ,

e) nocna i świąteczna wyjazdowa opieka pielęgniarska w POZ;

6) transport sanitarny w POZ.

4. Świadczenia w POZ ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację pacjenta. Udzielanie świadczeń, stosownie do zakresu świadczeń stanowiących przedmiot 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). Są to w szczególności:
   1) badanie i porada lekarska;
   2) diagnostyka i leczenie;
   3) kierowanie na leczenie specjalistyczne, szpitalne, uzdrowiskowe oraz do opieki długoterminowej;
   4) opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą;
   5) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia;
   6) obowiązkowe szczepienia ochronne;
   7) opieka nad niepełnosprawnymi;
   8) edukacja zdrowotna i profilaktyka chorób;
   9) świadczenia pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne pielęgniarki poz;
   10) świadczenia pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne położnej poz;
   11) świadczenia pielęgniarskie w środowisku nauczania i wychowania.
5. Świadczeniodawca zapewnia, adekwatnie do przedmiotu umowy, udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy.
6. Świadczeniodawcy POZ, 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. 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.[2]) 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.

§ 4.

1. Umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w § 3 ust. 2 zawiera się ze świadczeniodawcą, spełniającym warunki do zawarcia umowy określone w niniejszym zarządzeniu.
2. Fundusz określa odrębne wzory umów dla następujących merytorycznych zakresów świadczeń:
   1) świadczenia lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej;
   2) nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ, nocna i świąteczna ambulatoryjna i wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska w POZ oraz transport sanitarny w POZ.
3. Wzór umowy, o której mowa w ust. 1, stanowią odpowiednio **załączniki** nr **2a** i **2b** do zarządzenia.
4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.
5. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w ust. 1, powinien spełniać odpowiednio do przedmiotu umowy, wymagania określone w niniejszym zarządzeniu, w **załączniku nr 3a i 3b do zarządzenia**, oraz w przepisach odrębnych, w szczególności:
   1) dla zakładów opieki zdrowotnej – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568, ze zm.);

[2] 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)

2) dla praktyk lekarskich – w art. 50 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857);
3) dla praktyk pielęgniarskich i położnych – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 56, poz. 397);
4) dla zakładów opieki zdrowotnej – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819, ze zm.);
5) dla praktyk lekarskich - w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 83, poz. 903) oraz przepisów art. 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857);
6) dla praktyk pielęgniarek i położnych - w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 147, poz. 1437);
7) dla jednostek transportu sanitarnego – w przepisach, o których mowa w art. 70a ust. 3 w związku z art. 70d ust. 2 ustawy z dnia z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze zm.).

6. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 5, dotyczy wszystkich miejsc udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń realizowanych na podstawie umowy.
7. Szczegółowe zasady i zakres sprawozdawczości oraz obowiązujące wzory sprawozdań określa umowa.

§ 5.

1. Świadczenia w 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. Uprawnionymi do świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ lub nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ są świadczeniobiorcy znajdujący się na listach świadczeniobiorców prowadzonych przez świadczeniodawców POZ odpowiednio dla zakresów: świadczenia lekarza poz oraz świadczenia pielęgniarki poz, z zastrzeżeniem ust. 7 i 8.
3. Świadczeniodawcy realizujący umowy w zakresach: świadczenia lekarza poz oraz świadczenia pielęgniarki poz, informują świadczeniobiorców o podmiotach realizujących świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ lub nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ 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 POZ 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, z zastrzeżeniem § 6 ust. 6 – 8.

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.

§ 6.

1. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z metodami finansowania właściwymi dla poszczególnych zakresów świadczeń szczegółowych, wyodrębnionych w opisanych niniejszym zarządzeniem, merytorycznych zakresach świadczeń.
2. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunku wystawionego przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych w umowie.
3. Przy stosowaniu finansowania metodą kapitacyjną ustala się kapitacyjną stawkę roczną.
4. Wysokość kapitacyjnych stawek rocznych dla poszczególnych zakresów świadczeń oraz wartość (ceny) pozostałych jednostek rozliczeniowych na podstawie, których finansowane jest udzielanie świadczeń w POZ określa Prezes Funduszu.
5. Wysokości stawek kapitacyjnych oraz ceny, o których mowa w ust. 4, zawarte są w **załączniku nr 1** do zarządzenia.
6. Należność za świadczenia, o których mowa w § 5 ust. 7, udzielone stosownie do zakresu świadczeń - przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz:
   1) świadczeniobiorcom zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ - nieznajdującym się na listach świadczeniobiorców;
   2) świadczeniobiorcom spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu - nieznajdującym się na listach świadczeniobiorców;
   3) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni zgodnie z art. 2 ust 1 pkt 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom legitymującym się posiadaniem ,,Karty Polaka" oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

- wypłaca Oddział Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę.

7. Należność za świadczenia, o których mowa w § 5 ust. 7, udzielone w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej - stosownie do zakresu świadczeń, przez lekarza lub pielęgniarkę:
   1) świadczeniobiorcom spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu - nieznajdującym się na listach świadczeniobiorców;
   2) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom legitymującym się posiadaniem ,,Karty Polaka" oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

   - wypłaca Oddział Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę.
8. Należność za świadczenia, o których mowa w § 5 ust. 8, wypłaca Oddział Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę.
9. Świadczeniodawca udzielający świadczeń świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 6 - 8, zobowiązany jest do przechowywania dokumentu potwierdzającego fakt udzielenia świadczenia, podpisanego przez osobę, której udzielono świadczenia lub jej opiekuna prawnego.
10. 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 Programu profilaktyki chorób układu krążenia, którą należy realizować on-line, przy wykorzystaniu udostępnianego bezpłatnie przez Fundusz Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

Rozdział 3

Świadczenia lekarza poz

§ 7.

1. Lekarz poz zobowiązany jest do podejmowania działań służących zdrowiu, znajdujących się w zakresie jego zadań.
2. Lekarz poz uczestniczy, pod warunkiem spełnienia wymogów dla świadczeniodawcy określonych w **załączniku nr 3a** do zarządzenia, w realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez Fundusz, w zakresach i zgodnie z zasadami określonymi w § 10 -11 zarządzenia.
3. 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 8.
4. Lekarz poz, w ramach odrębnej umowy, może realizować, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6, nocną i świąteczną pomoc medyczną w POZ, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 7.
5. Jeżeli lekarz poz nie realizuje nocnej i świątecznej pomocy medycznej w POZ to w celu zapewnienia zadeklarowanym do niego świadczeniobiorcom dostępności do tego zakresu świadczeń, udziela oświadczenia o przekazaniu przedmiotowej opieki innemu świadczeniodawcy, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 7.
6. Przepis ust. 5 nie dotyczy świadczeniodawców POZ udzielających świadczeń w zakresie świadczenia lekarza poz oraz jednocześnie, na podstawie umowy wieloletniej, świadczeń w zakresach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i/lub wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej (NPLiP) w przypadkach, gdy termin zawarcia umowy w zakresach NPLiP jest wcześniejszy niż 1 stycznia 2008 r., a termin związania umową upływa po dacie wejścia w życie niniejszego zarządzenia. Świadczeniodawcy Ci, do końca okresu trwania umów w zakresach NPLiP, mogą udzielać świadczeń, zgodnie z przedmiotem ich zawarcia, na zasadach określonych w rozdziale 7.

§ 8.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza poz u świadczeniodawcy POZ nie powinna przekroczyć 2 750 osób, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Lekarz poz może tworzyć listę świadczeniobiorców tylko u jednego świadczeniodawcy POZ.

§ 9.

Organizacja udzielania świadczeń

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do miejsca udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem dostępności miejsca udzielania świadczeń, stanowiącym integralną część umowy, przestrzegając następujących zasad organizacji udzielania świadczeń:
   1) lekarz poz udziela świadczeń od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. 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 zapewnienie dostępności do świadczeń 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;
   3) w przypadkach uzasadnionych medycznie, świadczenie udzielane jest w dniu zgłoszenia, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy;
   4) w schorzeniach przewlekłych, z wyłączeniem stanów zaostrzenia w przebiegu tych schorzeń, w przypadkach porad stanowiących realizację kontynuacji leczenia oraz w sytuacjach, gdy potrzeba kontaktu świadczeniobiorcy z lekarzem poz nie jest podyktowana koniecznością uzyskania pomocy medycznej, której realizatorem jest ten lekarz, świadczenia udzielane są

w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą;

5) świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić funkcjonowanie gabinetu zabiegowego od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 i 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, w tym punktu szczepień – minimum 1 raz w tygodniu w godzinach popołudniowych, po godz. 15.00.

2. W gabinecie zabiegowym, o którym mowa w ust. 1 pkt 5 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.
3. W sytuacji uzasadnionej stanem zdrowia świadczeniobiorcy, świadczeniodawca zapewnia realizację świadczeń, o których mowa w ust. 2, także poprzez wizyty domowe, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Na realizację zleceń pozostających w kompetencjach pielęgniarki poz, lekarz poz wydaje skierowanie do pielęgniarki poz, do której zadeklarowany jest pacjent.
5. Skierowanie, o którym mowa w ust. 4 powinno zawierać w szczególności:
   1) pieczęć nagłówkową świadczeniodawcy z nr 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 pieczątkę i podpis lekarza zlecającego.
6. 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 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U. Nr 61, poz. 435), a w przypadku, uzasadnionej wyłącznie względami medycznymi, konieczności zapewnienia pobrania materiałów do badań w domu pacjenta, także z uwzględnieniem ust. 5 pkt 10 w części II A 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), z zastrzeżeniem ust. 7-9.

7. Zlecając pielęgniarce poz pobranie materiałów do badań diagnostycznych w domu pacjenta świadczeniodawca wystawiający zlecenie zapewnia we własnym zakresie i na własny koszt pojemniki na materiały do zleconych badań oraz pojemnik zbiorczy do transportu pobranych próbek, odpowiadające wymogom standardów jakości określonym w rozporządzeniu, o którym mowa w ust. 6.
8. Świadczeniodawca wystawiający zlecenie dla pielęgniarki poz na pobranie materiałów do badań diagnostycznych w domu pacjenta udostępnia jej w firmowanym przez siebie miejscu udzielania świadczeń właściwym ze względu na miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy pojemniki, o których mowa w ust. 7 oraz zapewnia w tym samym miejscu odbiór pobranych przez pielęgniarkę próbek.
9. Wykaz badań diagnostycznych, które zobowiązany jest wykonać i finansować lekarz poz, a które są mu niezbędne przy realizacji świadczeń stanowi **załącznik nr 4** do zarządzenia.
10. 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.
11. Lekarz poz może wystawiać zadeklarowanym pacjentom skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych i domowych, z wyjątkiem skierowań na zabiegi fizjoterapeutyczne związane z leczeniem wad postawy oraz dysfunkcji narządu ruchu, których przyczyną są te wady.
12. 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, z zastrzeżeniem ust. 13.
13. 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.
14. Podstawą realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych, o których mowa w ust. 11, jest skierowanie zawierające następujące elementy:
    1) pieczęć nagłówkową z nr umowy z Funduszem;

2) imię nazwisko, PESEL i adres zameldowania/ zamieszkania pacjenta;
3) rozpoznanie w języku polskim;
4) kod jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10;
5) opis dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację;
6) choroby przebyte i współistniejące, oraz inne czynniki (np. wszczepiony rozrusznik lub metal w ciele pacjenta, przyjmowanie niektórych leków) mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji;
7) zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) oraz ilości zabiegów;
8) pieczęć i podpis lekarza kierującego oraz data wystawienia skierowania.

15. Skierowanie, o którym mowa w ust. 14 traci ważność w przypadku, gdy nie zostało zarejestrowane przez świadczeniobiorcę w placówce realizującej zabiegi, o których mowa w ust. 11, w terminie 30 dni od daty wystawienia.
16. Lekarz poz zobowiązany jest do poinformowania pacjenta o konieczności spełnienia terminu rejestracji, o którym mowa w ust. 15.
17. W warunkach ambulatoryjnych, w cyklu terapeutycznym Fundusz finansuje do 10 dni zabiegowych, nie więcej niż 4 zabiegi dziennie. W przypadku schorzenia przewlekłego długość cyklu może ulec zwiększeniu do 15 dni zabiegowych pod warunkiem dokonania adnotacji lekarza kierującego na skierowaniu o rodzaju schorzenia.
18. Czas rehabilitacji w warunkach domowych wynosi:
    1) do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
    2) częstotliwość, długość cyklu terapeutycznego, ilość zabiegów (do 4 zabiegów dziennie) oraz termin wizyty kontrolnej ustala lekarz kierujący dostosowując w/w parametry indywidualnie do potrzeb każdego pacjenta.
19. Przedłużenie rehabilitacji w warunkach domowych powyżej 80 dni w roku kalendarzowym możliwe jest po wcześniejszym uzyskaniu pisemnej zgody dyrektora Oddziału Funduszu, po przedstawieniu uzasadnienia takiej konieczności przez lekarza kierującego.
20. Lekarz poz może wystawiać zadeklarowanym pacjentom skierowania na rehabilitację ogólnoustrojową realizowaną w warunkach ośrodka/oddziału dziennego rehabilitacji.
21. 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.

22. Lekarz poz, w medycznie uzasadnionych przypadkach wynikających z prowadzonego przez niego procesu leczenia i diagnostyki, może kierować świadczeniobiorcę na badania finansowane przez Fundusz na podstawie odrębnych umów zawartych w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

§ 10.

Świadczenia lekarza poz w Programie profilaktyki chorób układu krążenia

1. Informacje ogólne o Programie profilaktyki chorób układu krążenia zawarte zostały w **załączniku nr 5** do zarządzenia.
2. Świadczenia w ramach Programu udzielane są w godzinach działalności POZ, tj. od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
3. Świadczeniodawca obejmuje Programem świadczeniobiorców spełniających kryteria określone **załączniku nr 5** do zarządzenia i zapewnia im realizację następującego zakresu wykonywanych kolejno świadczeń:
   1) przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie I części Karty badania profilaktycznego (wzór Karty badania profilaktycznego stanowi **załącznik nr 6** do zarządzenia);
   2) wykonanie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i poziomu glukozy), dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie BMI;
   3) ustalenie terminu wizyty u lekarza, na którego liście znajduje się świadczeniobiorca;
   4) wpisanie wyników badań do Karty Badania Profilaktycznego;
   5) w trakcie wizyty lekarz poz, wykonuje:
      a) badanie przedmiotowe pacjenta oraz ocenia czynniki ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia,
      b) dokonuje kwalifikacji świadczeniobiorcy do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocenia globalne ryzyko wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości, a uzyskany wynik zapisuje w ,,Karcie Badania Profilaktycznego”,

c) edukuje świadczeniobiorcę oraz podejmuje decyzję, co do dalszego postępowania z pacjentem;

6) świadczeniobiorcy, u których rozpoznano chorobę układu krążenia, w zależności od wskazań medycznych, otrzymują w formie wydruku z Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) informację o wynikach badania w Programie oraz zalecenia dotyczące konieczności zmiany trybu życia lub zostają skierowani (poza Programem) na dalszą diagnostykę lub leczenie do świadczeniodawców posiadających z Funduszem umowę o udzielanie odpowiednich rodzajów świadczeń.

4. Karta Badania Profilaktycznego stanowi uzupełnienie historii choroby i jest elementem dokumentacji medycznej pacjenta.
5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i przekazywania elektronicznej sprawozdawczości z realizacji Programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione bezpłatnie przez Fundusz.
6. Jednostką rozliczeniową Programu jest porada, na którą składa się, traktowany jako jedno świadczenie, cykl udokumentowanych zdarzeń określonych w ust. 3.

§ 11.

Świadczenia lekarza poz w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) - etap podstawowy

1. Informacje ogólne o Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) zawarte zostały w załączniku nr 5 do zarządzenia.
2. Świadczenia określone Programem udzielane są w godzinach działalności POZ, tj. od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
3. Świadczeniodawca obejmuje Programem świadczeniobiorców spełniających kryteria określone w załączniku nr 5 do zarządzenia, którzy zgłosili się do niego w trybie określonym w tym załączniku i zapewnia im realizację następujących po sobie kolejno świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 4:

1) zapoznanie świadczeniobiorcy z założeniami Programu określonymi w załączniku nr 5 do zarządzenia oraz wykonanie:

Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego nie kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP	Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP
- zebranie wywiadu dotyczącego palenia	- zebranie wywiadu dotyczącego palenia

tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i wiary w sukces oraz przeprowadzenie ,,Zmodyfikowanego testu oceny wielkości uzależnienia od nikotyny" zawierające dane określone w **załączniku nr 7** do zarządzenia	tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i wiary w sukces oraz przeprowadzenie ,,Zmodyfikowanego testu oceny wielkości uzależnienia od nikotyny" według wzoru określonego w **załączniku nr 7** do zarządzenia**,** - wypełnienie ,,Ankiety o stanie zdrowia świadczeniobiorcy" zawierające dane określone w **załączniku nr 8** do zarządzenia

2) wykonanie badań lekarskich i diagnostycznych:

Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego nie kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP	**Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP**
- badanie przedmiotowe: - pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi, - badanie fizykalne	- badanie przedmiotowe: - pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi, - badanie fizykalne, - badanie spirometryczne

3) udzielenie porady lekarskiej:

Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego nie kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP	**Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP**
- edukacja dotycząca skutków zdrowotnych palenia tytoniu, w przypadku kobiet – poinformowanie również, iż palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, - porada antynikotynowa z zaplanowaniem terapii odwykowej dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia w ciągu najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji do zaprzestania palenia – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odtytoniowymi, - prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym z pacjentem schematem	- edukacja dotycząca skutków zdrowotnych palenia tytoniu, w przypadku kobiet – poinformowanie również, iż palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, - porada antynikotynowa z zaplanowaniem terapii odwykowej dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia w ciągu najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji do zaprzestania palenia – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odtytoniowymi, - prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym z pacjentem schematem

postępowania, oraz przekazanie pacjentowi informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Palącym celem wsparcia prowadzonej terapii, - po 30 dniach, w przypadku niepowodzenia terapii skierowanie świadczeniobiorców (osoby ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia oraz wszystkie palące kobiety w ciąży) do etapu specjalistycznego Programu wraz z kopiami dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu etapu podstawowego Programu, - w przypadku świadczeniobiorców ze stwierdzonymi na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego nieprawidłowościami wymagającymi dalszej diagnostyki lub leczenia skierowanie do odpowiedniego świadczeniodawcy (poza Programem w ramach kontraktu z Funduszem na odrębne rodzaje świadczeń)	postępowania, oraz przekazanie pacjentowi informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Palącym celem wsparcia prowadzonej terapii, - po 30 dniach, w przypadku niepowodzenia terapii skierowanie świadczeniobiorców (osoby ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia oraz wszystkie palące kobiety w ciąży) do etapu specjalistycznego Programu wraz z kopiami dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu etapu podstawowego Programu, - kwalifikacja do grupy ryzyka POChP z zaleceniem ponownego zgłoszenia się do Programu po 36 miesiącach w razie kontynuacji palenia, - w przypadku stwierdzenia odchyleń ze strony układu oddechowego w badaniu lekarskim i/ lub spirometrycznym, skierowanie świadczeniobiorców na konsultację do specjalisty pulmonologa realizującego w ramach Programu etap badań pogłębionych, - w przypadku świadczeniobiorców wymagających dalszej diagnostyki (z innych powodów niż POChP) lub leczenia, skierowanie do odpowiedniego świadczeniodawcy (poza Programem w ramach kontraktu z Funduszem na odrębne rodzaje świadczeń)

4) wypełnienie ,,Karty badania lekarskiego" zawierającej dane wymienione w **załączniku nr 9** do zarządzenia i wraz z ,,Testem oceny wielkości uzależnienia od tytoniu" oraz ,,Ankietą o stanie zdrowia" (w zależności od świadczeń udzielanych w ramach porady wynikających z dokonanej kwalifikacji świadczeniobiorcy) dołączenie jej do indywidualnej historii choroby pacjenta.

4. Świadczenia określone Programem dla osób palących papierosy i według kryterium wiekowego kwalifikujących się do działań w zakresie profilaktyki POChP udzielane są pacjentom na podstawie pisemnego oświadczenia świadczeniobiorcy, że w ciągu ostatnich 36 miesięcy nie miał wykonanego badania spirometrycznego w ramach programu profilaktyki POChP (także u innych świadczeniodawców). Wzór

oświadczenia stanowi załącznik do umowy.

5. Dokumentacja realizacji Programu stanowi uzupełnienie historii choroby i jest elementem dokumentacji medycznej pacjenta.
6. Jednostką rozliczeniową Programu jest, traktowany jako jedno świadczenie, cykl udokumentowanych zdarzeń opisanych w ust. 3, zróżnicowany w zależności od zakwalifikowania świadczeniobiorcy według kryterium wiekowego do udziału w Programie, określany jako:
    1) porada antynikotynowa - w odniesieniu do osób palących papierosy, nie kwalifikujących się do działań w zakresie profilaktyki POChP;
    2) porada antynikotynowa z wykonaniem badania spirometrycznego – w odniesieniu do osób palących papierosy, zakwalifikowanych się do działań w zakresie profilaktyki POChP.

§ 12.

Finansowanie świadczeń

1. Świadczenia lekarza poz finansowane są zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitacyjną, z zastrzeżeniem ust. 2 – 4.
2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza poz, roczna stawka kapitacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do: grupy wiekowej w której świadczeniobiorca się znajduje lub charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy lub, w przypadku leczenia niektórych chorób przewlekłych, 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;
    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, tj. porad lekarskich, o których mowa w § 6 ust. 6 i 8, porad w profilaktycznych programach zdrowotnych, o których mowa w § 7 ust. 2 oraz porad kwalifikacyjnych do wniosku świadczeniobiorcy o zlecenie świadczenia transportu sanitarnego ,,dalekiego" w POZ.
4. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 3, określa załącznik nr 1 do zarządzenia.
5. Należność/ci z tytułu realizacji świadczeń lekarza poz wypłacana/e jest/są raz w miesiącu na podstawie wystawionego/ych przez świadczeniodawcę rachunku/ów. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
   1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitacyjnej 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 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;
   3) 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;
   4) 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 poz lista 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;

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. 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;
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 zwrotnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek;
8) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.

6. Warunki rozliczania świadczeń określają Ogólne warunki umów oraz postanowienia umowy.

Rozdział 4

Świadczenia pielęgniarki poz

§ 13.

1. Pielęgniarka poz sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, uwzględniając w tym realizację na podstawie skierowania, zgodnie z obowiązującym zakresem zadań, zleceń na zabiegi

i procedury medyczne, których wykonanie możliwe jest w trybie ambulatoryjnym, wydanych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. 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 § 9 ust. 7-9 zarządzenia.
3. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, pielęgniarka poz włącza do prowadzonej dokumentacji medycznej pacjenta. Podlega ono archiwizacji oraz warunkom kontroli realizacji umowy.
4. Pielęgniarka poz uczestniczy w realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez Fundusz, w zakresach i zgodnie z zasadami określonymi dla pielęgniarki poz w § 17 zarządzenia.
5. Pielęgniarka poz dokumentuje udzielane świadczenia zdrowotne, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami niniejszego zarządzenia.

§ 14.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz nie powinna przekroczyć 2 750 osób, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Pielęgniarka poz może tworzyć listę świadczeniobiorców tylko u jednego świadczeniodawcy POZ.
3. Liczba świadczeniobiorców objętych jednoczasowo opieką przez jedną pielęgniarkę pielęgniarską opieką domową w POZ powinna być zgodna z przepisami określonymi w § 16 zarządzenia.

§ 15.

Organizacja udzielania świadczeń

i dostępność do świadczeń pielęgniarki poz

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń będących przedmiotem umowy od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem dostępności miejsca udzielania

świadczeń stanowiącym integralną część umowy, przestrzegając następujących zasad organizacji udzielania świadczeń:

1) pielęgniarka poz udziela świadczeń od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Świadczenia pielęgniarskie udzielane są w formie świadczeń ambulatoryjnych w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - poprzez wizyty domowe, z zastrzeżeniem § 16 ust. 5 pkt 2 – w odniesieniu do świadczeń pielęgniarskiej opieki domowej w POZ. Dni i godziny przyjęć, w tym wizyt domowych, określa harmonogram pracy pielęgniarki stanowiący integralną część umowy;
2) w uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia udzielane są bezzwłocznie lub w dniu zgłoszenia;
3) w schorzeniach przewlekłych oraz w pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań pielęgniarki poz, świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą.

2. Sprawowanie opieki nad pacjentem (świadczeniobiorcą) przez pielęgniarkę poz nie zwalnia z obowiązku opieki nad nim rodziny/opiekunów, w tym: opiekunów instytucjonalnych w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

§ 16.
Pielęgniarska opieka domowa w POZ

1. Pielęgniarską opieką domową w POZ objęci mogą być świadczeniobiorcy, którzy:
   1) ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich;
   2) nie są objęci świadczeniami opieki długoterminowej realizowanej stacjonarnie oraz nie kwalifikują się do świadczeń hospicjum domowego i świadczeń długoterminowej opieki domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie;
   3) uzyskali do 60 punktów w teście oceny według skali Barthel, stanowiącym **załącznik nr 10** do zarządzenia;
   4) złożyli deklarację wyboru pielęgniarki poz.
2. Do objęcia pielęgniarską opieką domową w POZ świadczeniobiorca może zgłosić się osobiście lub być zgłoszony przez: lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarkę poz, położną poz, rodzinę, opiekunów lub instytucje.

3. W każdym przypadku, o którym mowa w ust. 2 zgłoszenia dokonuje się w formie pisemnej, na formularzu zgłoszeniowym, który zawiera dane określone w **załączniku nr 11** do zarządzenia.
4. Pacjent objęty pielęgniarską opieką domową w POZ nie może być jednocześnie objęty świadczeniami w zakresie: pielęgniarska opieka długoterminowa.
5. Zapewniając dostępność do świadczeń pielęgniarskiej opieki domowej w POZ świadczeniodawca przestrzega następujących zasad:
   1) świadczenia pielęgniarskiej opieki domowej w POZ udzielane są wyłącznie w domu lub miejscu pobytu (DPS) świadczeniobiorcy;
   2) pielęgniarka poz zobowiązana jest do udzielania świadczeń zgodnie z ustalonym dla pacjenta indywidualnym planem opieki, w szczególności w dni powszednie, od poniedziałku do piątku, pomiędzy godziną 8.00. a 18.00, a w przypadkach uzasadnionych koniecznością zachowania ciągłości procesu leczenia, także w pozostałe dni tygodnia, w godzinach uzgodnionych ze świadczeniobiorcą;
   3) pielęgniarka poz, w ramach pielęgniarskiej opieki domowej w POZ zapewnia:
      a) sprawowanie adekwatnej do potrzeb świadczeniobiorcy opieki pielęgniarskiej,
      b) edukację i informowanie rodziny (opiekuna) o potrzebach pacjenta;
6. Szczegółowe zasady organizacji udzielania świadczeń pielęgniarskiej opieki domowej w POZ:
   1) podstawą do objęcia świadczeniobiorcy świadczeniami pielęgniarskiej opieki domowej w POZ jest ocena i kwalifikacja pacjenta dokonana przez pielęgniarkę poz, z zachowaniem zasad, o których mowa w ust. 1-4 i udokumentowana w indywidualnej karcie opieki pielęgniarskiej, prowadzonej według wzoru określonego w **załączniku nr 12** do zarządzenia;
   2) oceny i kwalifikacji, o której mowa w pkt 3, pielęgniarka poz dokonuje w terminie do 72 godzin od momentu otrzymania zgłoszenia do objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarską opieką domową w POZ, wykorzystując w tym celu dostarczone przez świadczeniobiorcę dokumenty, informacje zebrane w wywiadzie oraz wyniki testu oceny według skali Barthel;
   3) na podstawie dokonanej oceny i kwalifikacji pielęgniarka poz ustala przy wykorzystaniu wykazu czynności określonych w „Informacji dla świadczeniobiorcy" stanowiącej **załącznik nr 13** do zarządzenia ,,Indywidualny plan opieki w pielęgniarskiej opiece domowej w POZ". Sporządzony plan, w kontakcie z lekarzem poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca,

uzupełnia o ewentualne zlecenia lekarskie. Wzór ,,Indywidualnego planu opieki w pielęgniarskiej opiece domowej w POZ" określa **załącznik nr 14** do zarządzenia;

4) pielęgniarka poz zapoznaje świadczeniobiorcę oraz jego rodzinę lub opiekunów ze sporządzonym indywidualnym planem opieki oraz z zasadami zabezpieczenia środków niezbędnych do realizacji opieki, zgodnie z treścią ,,Informacji dla świadczeniobiorcy" stanowiącą załącznik nr 13 do zarządzenia. Informację tę przekazuje w formie pisemnej osobie objętej opieką lub jej opiekunowi prawnemu/faktycznemu;
5) świadczeniobiorca lub jego opiekun potwierdza wyrażenie zgody na realizację zaplanowanych świadczeń własnoręcznym podpisem na formularzu ,,Indywidualnego planu opieki w pielęgniarskiej opiece domowej w POZ". Udzielane świadczenia pielęgniarka dokumentuje, odnotowując datę realizacji i potwierdza ich wykonanie podpisem świadczeniobiorcy lub jego opiekuna;
6) zużyte, w trakcie wykonywania czynności wynikających z ,,Indywidualnego planu opieki w pielęgniarskiej opiece domowej w POZ", materiały medyczne mogące stanowić zagrożenie epidemiologiczne, świadczeniodawca POZ realizujący świadczenie, zobowiązany jest zabezpieczyć, przechowywać i utylizować zgodnie z obowiązującymi przepisami;
7) świadczeniobiorca może pozostawać objętym pielęgniarską opieką domową w POZ (o ile jego stan tego wymaga) przez czas nieokreślony, z zastrzeżeniem ust. 8;
8) w przebiegu realizacji procesu sprawowania pielęgniarskiej opieki domowej w POZ pielęgniarka monitoruje stan pacjenta przy wykorzystaniu testu oceny według skali Barthel i w zależności od stwierdzonych zmian, modyfikuje realizowany dotychczasowo indywidualny plan opieki. Fakt dokonania zmian oraz informacje dotyczące przyczyn i zakresu dokonanych zmian odnotowuje w indywidualnej karcie opieki pielęgniarskiej;
9) w przypadku stwierdzenia przez pielęgniarkę w trakcie wizyty u pacjenta, zmian w jego stanie zdrowia świadczących o zaostrzeniu choroby lub wystąpieniu powikłań, zobowiązana jest ona do:
   a) niezwłocznej konsultacji zaistniałej sytuacji z lekarzem poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca,

b) w razie konieczności - do wezwania zespołu ratownictwa medycznego. W powyższej sytuacji interwencja zespołu ratownictwa medycznego realizowana jest w ramach umowy o udzielanie świadczeń ratownictwa medycznego.

7. Jedna pielęgniarka nie może obejmować pielęgniarską opieką środowiskową równocześnie więcej niż 8 podopiecznych. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę zależna jest od stanu pacjenta i oceny czasu pracy potrzebnego dla wykonania czynności ujętych w ,,Indywidualnym planie opieki w pielęgniarskiej opiece domowej w POZ".
8. Ustala się liczbę 5 500 punktów jako limit punktów dla jednego etatu przeliczeniowego, możliwy do wypracowania przez jedną pielęgniarkę poz w ciągu jednego miesiąca.
9. Określony w ust. 8 limit punktów przeznaczyć należy na realizację świadczeń uwzględniając następujący podział:
   1) 80% z liczby 5 500 punktów – na realizację pielęgniarskiej opieki domowej w POZ;
   2) 20% z liczby 5 500 punktów – na realizację świadczeń pielęgniarki poz ujętych w pozycjach 1, 2 i 8 Katalogu świadczeń pielęgniarskich w POZ stanowiącym **załącznik nr 15** do zarządzenia, wykonanych świadczeniobiorcom innym niż objęci pielęgniarską opieką domową w POZ, z zastrzeżeniem, że świadczeniobiorcy ci również złożyli deklarację wyboru pielęgniarki poz do pielęgniarki realizującej im opisane świadczenia.
10. Pielęgniarka poz zobowiązana jest do prowadzenia dokumentacji medycznej z realizacji pielęgniarskiej opieki domowej w POZ zgodnie ze wzorami określonymi w załącznikach nr 10, 11, 12 i 14 do zarządzenia oraz do przechowywania i udostępniania jej na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
11. Pielęgniarka udzielająca świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki domowej w POZ nie może równocześnie realizować zadań pielęgniarki opieki długoterminowej.

§ 17.

Świadczenia pielęgniarki poz w Programie profilaktyki gruźlicy

1. Informacje ogólne o Programie zawarte zostały w **załączniku nr 5** do zarządzenia.
2. Świadczenia określone Programem, udzielane są w godzinach działalności POZ, tj. od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni

ustawowo wolnych od pracy.

3. Pielęgniarka poz obejmuje Programem zadeklarowanych świadczeniobiorców, którzy spełniają kryteria określone w ust. 3 pkt 3 lit. a **załącznika nr 5** do zarządzenia i zapewnia realizację następujących świadczeń:
   1) przeprowadza wywiad w kierunku gruźlicy wraz z wypełnieniem „Ankiety świadczeniobiorcy w Programie profilaktyki gruźlicy", w sposób określony w **załączniku nr 16** do zarządzenia;
   2) przeprowadza edukację zdrowotną świadczeniobiorcy;
   3) w przypadku świadczeniobiorców z grupy największego ryzyka zachorowania (w ankiecie uzyskali liczbę punktów > 9) pielęgniarka poz przekazuje pisemną informację lekarzowi poz, do którego zadeklarowany jest pacjent, o wynikach przeprowadzonej ankiety oraz wskazuje pacjentowi tryb dalszego postępowania, w tym informuje pacjenta o konieczności zgłoszenia się do lekarza poz celem dalszej oceny stanu zdrowia.
4. Ankieta świadczeniobiorcy Programu profilaktyki gruźlicy stanowi integralną część dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez świadczeniodawcę POZ w zakresie: świadczenia pielęgniarki poz.
5. Program profilaktyki gruźlicy realizowany jest w pomieszczeniach i przez personel medyczny realizujący świadczenia w zakresie pielęgniarki poz.
6. Jednostką rozliczeniową Programu profilaktyki gruźlicy jest porada, na którą składa się, traktowany jako jedno świadczenie, cykl udokumentowanych zdarzeń określonych w ust. 3.

§ 18.

Finansowanie świadczeń

1. Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz realizowane jest według wskazanej przez świadczeniodawcę we wniosku o zawarcie umowy metody finansowania świadczeń, to jest:
   1) kapitacyjnej;
   2) zadaniowej.
2. Przy zastosowaniu metody określonej w ust.1. pkt 1, w stosunku do konkretnego świadczeniobiorcy, ustalona w załączniku nr 1 do zarządzenia roczna stawka kapitacyjna, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej świadczeniobiorcy, z zastrzeżeniem ust. 3-4:

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. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 2, nie obejmuje zrealizowanych w okresie sprawozdawczym przez pielęgniarkę poz, następujących świadczeń:
   1) świadczeń pielęgniarskich udzielanych osobom, o których mowa w § 6 ust. 6 i 8;
   2) świadczeń w Programie profilaktyki gruźlicy, o których mowa w § 17 ust. 6.
4. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 3 określa załącznik nr 1 do zarządzenia.
5. Należność/ci z tytułu realizacji świadczeń wypłacana/e jest/są raz w miesiącu na podstawie wystawionego/ych przez świadczeniodawcę rachunku/ów. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
   1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców i kapitacyjnej 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 pielęgniarki poz 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. 3, z zastrzeżeniem ust. 7 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. Przy stosowaniu zadaniowej metody finansowania świadczeń obowiązują następujące zasady rozliczeń:
   1) jednostkami rozliczeniowymi są:
      a) punkt, dla rozliczenia wykonania świadczeń określonych Katalogiem świadczeń pielęgniarskich w POZ,
      b) porada, dla rozliczenia świadczeń pielęgniarskich udzielanych osobom, o których mowa w § 6 ust. 6 i 8 oraz świadczeń w Programie profilaktyki gruźlicy, o których mowa w § 17 ust. 6;
   2) ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w pkt 1 określa załącznik nr 1 do zarządzenia;
   3) należność/ci z tytułu realizacji świadczeń wypłacana/e jest/są raz w miesiącu na podstawie wystawionego/ych przez świadczeniodawcę rachunku/ów.
   4) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w pkt 1, 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 zwrotnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego

zostaje wydrukowany rachunek;

6) poza raportem statystycznym z udzielonych świadczeń, świadczoniodawca zobowiązany jest do przekazywania w celu weryfikacji, do właściwego Oddziału Funduszu do 7 dnia danego miesiąca za bieżący okres sprawozdawczy informacji o aktywnych deklaracjach wyboru, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru i zawierającej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania;
7) deklaracje wyboru podlegają weryfikacji określonej w ust. 5 pkt 4-5.

7. Świadczeniodawcy, niezależnie od przyjętej umową metody finansowania świadczeń przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.
8. Warunki rozliczania świadczeń określają Ogólne warunki umów oraz postanowienia umowy.

Rozdział 5

Świadczenia położnej poz

§ 19.

Położna poz, sprawując kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo–ginekologiczno-neonatologiczną nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, realizuje następujące zadania:

1) dokonuje rozpoznania problemów zdrowotnych populacji objętej opieką;
2) planuje i realizuje na rzecz populacji objętej opieką, w zakresie posiadanych kompetencji, świadczenia profilaktyczne oraz z zakresu promocji zdrowia, z zastrzeżeniem pkt 3 i 4;
3) prowadzi edukację kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującą kobiety do odbycia porodu, z uwzględnieniem poniższych zasad:
   a) świadczenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, realizowane są na podstawie opracowanego przez położną poz planu edukacji (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej). Świadczenia udzielane są w formie wizyt odbywających się, począwszy od 26 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż 2 razy w tygodniu;

b) plany edukacji przedporodowej, o których mowa w pkt 3 stanowią integralną część dokumentacji medycznej pacjentek;

4) realizuje w formie wizyt patronażowych, zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach, opiekę nad noworodkiem do ukończenia 2 miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu;

5) realizuje, na podstawie skierowania, o którym mowa w § 12 ust. 10 pkt 1 ,Ogólnych warunków umów, w formie wizyt domowych, pooperacyjną opiekę pielęgnacyjną nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej.

§ 20.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. 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, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Położna poz może tworzyć listę świadczeniobiorców tylko u jednego świadczeniodawcy POZ.

§ 21.

Organizacja oraz dostępność do świadczeń położnej poz

Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń będących przedmiotem umowy od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 - 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem dostępności miejsca udzielania świadczeń stanowiącym integralną część umowy, przestrzegając następujących zasad organizacji udzielania świadczeń:

1) położna poz zobowiązana jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu pielęgnacyjnej opieki położniczo–ginekologiczno-neonatologicznej;

2) położna poz udziela świadczeń od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Świadczenia udzielane są w formie świadczeń ambulatoryjnych w miejscu udzielania świadczeń oraz poprzez wizyty domowe. Dni i godziny przyjęć, w tym wizyt domowych, określa harmonogram pracy położnej stanowiący integralną część umowy;

3) w uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia udzielane są bezzwłocznie lub w dniu zgłoszenia;

4) w schorzeniach przewlekłych oraz w pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań położnej poz, świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą.

§ 22.

Finansowanie świadczeń

1. Finansowanie świadczeń położnej poz realizowane jest: zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitacyjną, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje zrealizowanych w okresie sprawozdawczym przez położną poz, następujących świadczeń:
   1) świadczeń położnej udzielanych osobom, o których mowa w § 6 ust. 6 i 8,
   2) wizyt zrealizowanych przez położną poz w ramach edukacji przedporodowej, o których mowa w § 19 pkt 3;
   3) wizyt patronażowych, o których mowa w § 19 pkt 4;
   4) wizyt domowych w ramach pooperacyjnej opieki pielęgnacyjnej położnej poz nad kobietami po operacjach ginekologicznych lub onkologiczno-ginekologicznych, o których mowa w § 19 pkt 5.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 2 finansowane są na podstawie cen jednostkowych jednostek rozliczeniowych określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia.
4. Położna poz dokumentuje udzielone świadczenia w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Wykonanie świadczeń, o których mowa w ust. 2 położna poz potwierdza podpisem świadczeniobiorcy/opiekuna.
5. Należność/ci z tytułu realizacji świadczeń wypłacana/e jest/są raz w miesiącu na podstawie wystawionego/ych przez świadczeniodawcę rachunku/ów. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
   1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców i kapitacyjnej 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. 5 pkt 4 - 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.

6. Warunki rozliczania świadczeń określają Ogólne warunki umów oraz postanowienia umowy.

Rozdział 6

Świadczenia pielęgniarki szkolnej

§ 23.

1. Pielęgniarka szkolna zobowiązana jest do udzielania w środowisku nauczania i wychowania, na rzecz dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia, objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki, świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą określonych w odrębnych przepisach.
2. Pielęgniarka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież szkolną począwszy od klasy „0" (w szkołach podstawowych) do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej, z zastrzeżeniem przepisu ust.1.
3. Pielęgniarka szkolna realizuje w roku szkolnym u uczniów klas I - VI, z zastrzeżeniem ust. 4, w odstępach co 6 tygodni, grupową profilaktykę fluorkową metodą nadzorowanego szczoteczkowania zębów.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizowane jest w szkołach znajdujących się na obszarach gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1mg/l i potwierdzony został uzyskanym z właściwej dla danego terenu stacji sanitarno – epidemiologicznej zaświadczeniem potwierdzającym wymagany stan faktyczny.

§ 24.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

Zalecana liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę szkolną ustalana jest według zasad[3] zawartych w tabeli poniżej, z uwzględnieniem wymogów określonych w załączniku 3a do zarządzenia, w części dotyczącej dostępności pielęgniarki szkolnej:

Typ szkoły	Zalecana liczba uczniów na jeden etat przeliczeniowy	Uwagi
I.1 Szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum i/lub liceum, szkoła policealna z tokiem	880 - 1 100	

[3] Określone z uwzględnieniem „Standardów w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej", opracowanych przez Instytut Matki i Dziecka Zakład Medycyny Szkolnej (Warszawa 2003 r.)

nauki nie dłuższym niż 2,5 roku		
I.2 Szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach) z klasami integracyjnymi i sportowymi	Wyliczana zgodnie z zasadami opisanymi w uwadze obok	Liczba pielęgniarek/higienistek szkolnych niezbędna dla sprawowania opieki nad uczniami powinna być ustalana zgodnie z następującymi zasadami: 1. do ogólnej liczby uczniów w szkole należy dodać liczbę uczniów niepełnosprawnych pomnożoną przez odpowiedni wskaźnik określający rodzaj niepełnosprawności (podane niżej) u uczniów i podzielić przez 880 - 1100, Wskaźniki: - upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim i sprawni ruchowo; niepełnosprawni ruchowo; niedowidzący i niewidomi; niedosłyszący i głusi, przewlekle chorzy (wymagający dodatkowych świadczeń zdrowotnych w czasie nauki w szkole) – wskaźnik 7; - upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim i niepełnosprawni ruchowo oraz upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym lub znacznym i sprawni ruchowo – wskaźnik 10; - upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym lub znacznym i niepełnosprawni ruchowo – wskaźnik 30 2. uczniów klas sportowych należy kwalifikować jako osoby wymagające dodatkowych świadczeń zdrowotnych w czasie nauki w szkole
II Szkoły prowadzące naukę zawodu z warsztatatami w szkole	700	
III Szkoły specjalne dla dzieci i młodzieży: **A** - z lekkim upośledzeniem umysłowym, sprawnych ruchowo; niewidomych i niedowidzących; głuchych i niedosłyszących; przewlekle chorych (w tym osób w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie); **B** - z lekkim upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo; umiarkowanym upośledzeniem i sprawnych ruchowo; **C** - z umiarkowanym i znacznym upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo	150 80 30	Liczba uczniów na jedną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów oraz specyfiki danej szkoły i powinna być ustalana indywidualnie przed zawarciem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§ 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 17** do zarządzenia, uwzględniając w niej podział na typy szkół i populację uczniów, określony w § 24, z zastrzeżeniem ust. 4. Dokumenty źródłowe dla Informacji, w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem, należy dołączyć do Informacji.
4. Przypisania 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 w zakresie: świadczenia pielęgniarki szkolnej, realizowane jest według ustalonej rocznej stawki kapitacyjnej.
2. W stosunku do konkretnego ucznia roczna stawka kapitacyjna, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły i populacji uczniów, zgodnie z tabelą zamieszczoną w § 24:
   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. W rozliczeniach świadczeń, o których mowa w ust. 1 obowiązuje stawka określona w załączniku nr 1 do zarządzenia.
4. Podstawą finansowania świadczeń pielęgniarki szkolnej, są przekazywane comiesięcznie listy uczniów objętych opieką, uczęszczających do danego typu szkoły, określonego w tabeli w § 24, z zastrzeżeniem § 23 ust. 2. Listy należy potwierdzać przynajmniej 2 razy w roku tj. w marcu i październiku, podpisem dyrektora szkoły.
5. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku.
6. Należność za świadczenia pielęgniarki szkolnej stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby uczniów objętych opieką i rocznej stawki kapitacyjnej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z ust. 2.
7. W przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej należność, o której mowa w ust. 6, jest powiększona o dwunastą część iloczynu liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową oraz rocznej stawki kapitacyjnej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia.
8. Listy uczniów podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz na zasadach określonych w § 12 ust. 5 pkt 4 i 5, w odniesieniu do list uczniów przekazywanych przez świadczeniodawców.
9. Do rozliczania świadczeń w miesiącach: lipiec i sierpień przyjmuje się stosowne liczby uczniów zweryfikowane na dzień 1 czerwca roku obowiązywania umowy.
10. W przypadku pozostawania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców Fundusz zastrzega sobie prawo wstrzymania finansowania za wskazanych uczniów do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności.

Rozdział 7

Nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska w POZ

§ 27.

1. Świadczeniami nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ są adekwatnie do przedmiotu umowy, świadczenia realizowane przez lekarzy i/lub pielęgniarki od poniedziałku do piątku w godz. od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8.00 dnia danego do godz. 8.00 dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych lub w domu świadczeniobiorcy, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, z zastrzeżeniem ust. 2, a także świadczenia udzielane w związku z potrzebą zachowania ciągłości leczenia zgodnie z zakresami zadań lekarza poz oraz pielęgniarki poz.
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) zapewnienia świadczeniobiorcy ciągłości leczenia, w przypadkach wymagających dalszego postępowania, poprzez wskazanie ośrodków i miejsc, 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.

§ 28.

Nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ

1. Świadczeniami nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ są świadczenia lekarskie i pielęgniarskie, o których mowa w § 27 realizowane przez zespół lekarza poz (lekarz i pielęgniarka).
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, z wyjątkiem świadczeń pielęgniarskiej opieki domowej w POZ;
   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 opieki lekarskiej i pielęgniarskiej W POZ, o których mowa w § 33 – 37.
3. Świadczeniodawcy POZ obejmujący opieką lekarza poz populację swiadczeniobiorców 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.

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ dokumentuje udzielanie świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. 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 pielęgniarskiego;
   6) informację o wezwaniu zespołu ratownictwa medycznego.

§ 32.

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 roczna stawka kapitacyjna, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla liczebności populacji objętej opieką, z uwzględnieniem umów współpracy, wynoszącym:
   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. Poprzez liczebność populacji określoną w ust. 2, rozumie się łączną liczbę świadczeniobiorców, którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza poz u świadczeniodawców realizujących zadania w zakresie nocnej opieki medycznej w POZ, z uwzględnieniem zasad określonych w § 30.
4. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje zrealizowanych w okresie sprawozdawczym przez lekarzy i pielęgniarki świadczeń, o których mowa w § 6 ust. 7 i 8.

5. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 4, określa załącznik nr 1 do zarządzenia.
6. Należność/ci z tytułu realizacji świadczeń lekarza poz wypłacana/e jest/są raz w miesiącu na podstawie wystawionego/ych przez świadczeniodawcę rachunku/ów. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
   1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką i 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. 4, 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. Fundusz przekazuje zwrotnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie, którego zostaje wydrukowany rachunek;
7) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.

7. Warunki rozliczania świadczeń określają Ogólne warunki umów oraz postanowienia umowy.

§ 33.

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

1. Świadczeniami nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ są świadczenia opieki zdrowotnej, 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 do wniosku 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 18** 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 § 7 ust. 4 i 5 oraz wymogów dla populacji świadczeniobiorców objętych opieką określonych w ust. 5.

§ 34.

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie w obowiązującymi przepisami.
2. Dokumentacja, której mowa w ust. 1, zawiera w szczególności:
   1) dane osobowe pacjenta: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń;
   2) datę i godzinę zgłoszenia;
   3) adnotacje dotyczące wywiadu, badania fizykalnego, rozpoznania klinicznego oraz wykonanych procedurach medycznych i wydanych zleceniach;
   4) adnotacje dotyczące wykonanego zabiegu pielęgniarskiego;
   5) informację o wezwaniu zespołu ratownictwa medycznego.

§ 35.

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, o których mowa w § 6 ust. 7 i 8.
3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 2 określa załącznik nr 1 do zarządzenia.
4. Należność/ci z tytułu realizacji świadczeń lekarza poz wypłacana/e jest/są raz w miesiącu na podstawie wystawionego/ych przez świadczeniodawcę rachunku/ów. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
   1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę dwunastych części iloczynów: liczby świadczeniobiorców objętych opieką i kapitacyjnej stawki rocznej;
   2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1 ustalana przez Fundusz na podstawie weryfikacji przekazanej przez świadczeniodawcę 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 oświadczenia, o których mowa w § 33 ust. 4, zawierającej następujące dane: 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 wojewódzkiego 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. 5 pkt 4 – 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. 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.

§ 36.

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

Świadczeniami nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ są świadczenia, o których mowa w § 27 udzielane w domu świadczeniobiorcy, odpowiednio przez lekarza lub pielęgniarkę.

§ 37.

1. Warunki dostępności do świadczeń oraz zasady ich finansowania są zgodne z analogicznymi przepisami określonymi dla świadczeń w zakresach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ realizuje umowę przy wykorzystaniu posiadanych środków komunikacji.
3. Środki komunikacji, o których mowa w ust. 2 nie muszą spełniać norm określonych dla środków transportu sanitarnego.
4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie w obowiązującymi przepisami.
5. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, zawiera 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;
4) adnotacje dotyczące wywiadu, badania fizykalnego, rozpoznania klinicznego oraz wykonanych procedurach medycznych i wydanych zleceniach;
5) adnotacje dotyczące wykonanego zabiegu pielęgniarskiego;
6) informację o wezwaniu zespołu ratownictwa medycznego.

Rozdział 8

Transport sanitarny w POZ

§ 38.

1. Świadczeniami w zakresie transportu sanitarnego w POZ są świadczenia opieki zdrowotnej polegające na zapewnieniu świadczeniobiorcom transportu sanitarnego wynikającego ze wskazań medycznych, do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem, realizowanego na zasadach określonych w przepisach odrębnych, z zastrzeżeniem ust. 3. 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. Świadczenia transportu sanitarnego w POZ, poza sytuacjami wymienionymi w § 39 ust 1, nie obejmują obowiązku zapewnienia transportu sanitarnego realizowanego przez świadczeniodawców w innych rodzajach świadczeń na podstawie przepisów odrębnych.
2. Podmiot ubiegający się o realizację transportu sanitarnego w POZ składa do wniosku o zawarcie umowy, oświadczenia świadczeniodawców POZ, którzy cedują temu świadczeniodawcy prawa do objęcia opieką zadeklarowanych do nich świadczeniobiorców, we wskazanym szczegółowym zakresie świadczeń. Wzór oświadczenia stanowi **załącznik nr 18** do zarządzenia.
3. Świadczeniami w zakresie transportu sanitarnego w POZ są też świadczenia transportu sanitarnego ,,dalekiego” w POZ, które ze względu na odległość „tam i z powrotem” na jaką wykonywany jest przewóz świadczeniobiorcy przekraczają 120 km łącznie, udzielane w przypadkach określonych w § 39 zarządzenia i zgodnie z określonymi tam zasadami.

4. 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.
5. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz.
6. Świadczenia, o których mowa w ust. 3, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz, wydanego zgodnie z trybem określonym w § 39 ust. 2.

§ 39.

1. Świadczenie transportu ,,dalekiego" w POZ przysługuje świadczeniobiorcom znajdującym się na listach prowadzonych przez świadczeniodawców POZ dla zakresu: świadczenia lekarza poz, w następujących sytuacjach:
   1) 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). Transport ten jest realizowany od granicy Polski do miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy;
   2) 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. Transport taki jest realizowany od granicy Polski do najbliższego, ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie;
   3) gdy, z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca musi korzystać ze świadczeń specjalistycznej opieki

ambulatoryjnej, a najbliższy świadczeniodawca udzielający świadczeń we właściwym zakresie zlokalizowany jest w odległości określonej w § 38 ust. 3 i ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy - transport POZ przysługuje z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem;

4) 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 określonej w § 38 ust. 3, a ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy - transport POZ przysługuje z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do świadczeniodawcy wskazanego skierowaniem na transport sanitarny i z powrotem. Przepis stosuje się odpowiednio dla procedur kwalifikacji wstępnej świadczeniobiorców do świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu Państwa, realizowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. U. Nr 267, poz. 2661, ze zm.).

2. 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 ust. 1 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 ust. 1 pkt 3 i 4;

3. Wzór wniosku o zlecenie transportu sanitarnego ,,dalekiego” w POZ, określa **załącznik nr 19** do zarządzenia.

§ 40.

1. Finansowanie świadczeń w zakresie transportu sanitarnego w POZ realizowane jest według ustalonej rocznej stawki kapitacyjnej.
2. Finansowanie świadczeń udzielanych w zakresie transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ odbywa się na podstawie informacji o zrealizowanych przewozach, dla których jednostkami rozliczeniowymi są zryczałtowane stawki za przewóz, wymienione w ust. 4.
3. W rozliczeniach świadczeń, o których mowa w § 38 ust. 1 obowiązuje roczna stawka kapitacyjna określona w załączniku nr 1 do zarządzenia.
4. W rozliczeniach świadczeń, o których mowa w § 38 ust. 3, obowiązują zryczałtowane stawki za realizację usługi, uzależnione od ilości przebytych kilometrów „tam i z powrotem”, ustalane dla następujących przedziałów odległości:
   1) od 121 km do 400 km – określona w załączniku nr 1 do zarządzenia;
   2) powyżej 400 km – określona w załączniku nr 1 zarządzenia.
5. 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. 4, zawierającą liczbę przebytych kilometrów o odniesieniu do każdego przewozu. Należność stanowi suma:
   1) dwunastej część iloczynu: liczby świadczeniobiorców objętych opieką i rocznej stawki kapitacyjnej określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia;
   2) iloczynu: liczby zrealizowanych świadczeń, o których mowa w ust. 4 pkt.1 i stawki określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia;
   3) sumy iloczynów: liczby zrealizowanych świadczeń, o których mowa w ust. 4 pkt 2 i stawki określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia oraz liczby przejechanych kilometrów (ponad odległość 400 km) i stawki określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia.
6. Podstawą finansowania w odniesieniu do świadczeń realizowanych na zasadach określonych w § 38 ust. 1, są listy świadczeniobiorców zadeklarowanych odpowiednio do lekarza poz świadczeniodawcy POZ lub tych

świadczeniodawców POZ, którzy złożyli oświadczenia, o których mowa w § 38 ust. 2.

7. Dane, o których mowa w ust. 5, świadczeniodawca przekazuje w celu weryfikacji, do właściwego Oddziału Funduszu, do 7 dnia danego miesiąca za bieżący okres sprawozdawczy.
8. Dane, których mowa w ust. 5, podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz na zasadach określonych w § 18 ust. 5 pkt 4 - 5.

§ 41.

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie: transport sanitarny w POZ prowadzi dokumentację udzielania świadczeń 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, datę przyjęcia zlecenia, docelowe miejsce i przyczyna transportu;
   3) datę realizacji zlecenia i charakter transportu (zwykły, daleki);
   4) liczbę przejechanych kilometrów.

Rozdział 9

Zawieranie umów w POZ

§ 42.

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.

§ 43.

1. Wnioskujący składa wniosek, którego wzór stanowi **załącznik nr 20** 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.

§ 44.

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 wnioskującym 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 podwykonania, gdy w szczegółowych warunkach umów lub wzorze umowy, dopuszczone jest zlecanie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

3) wykaz personelu z opisem kompetencji, w tym personelu podwykonawcy w przypadku podzlecania zakresu świadczeń;
4) wykaz sprzętu, w tym sprzętu podwykonawcy w przypadku podzlecania 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 § 45.

4. Wniosek w formie pisemnej stanowi wydruk z aplikacji ofertowej zgodny z **załącznikiem nr 20** 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 21** 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.

§ 45.

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 22** 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 23** 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.

§ 46.

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 24** do zarządzenia.

§ 47.

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.

§ 48.

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.

§ 49.

W przypadku, osobistego złożenia wniosku, wnioskujący otrzymuje potwierdzenie jego złożenia, zawierające datę złożenia oraz numer z rejestru wniosków, którego wzór stanowi **załącznik nr 25** do zarządzenia.

§ 50.

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”.

§ 51.

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.

§ 52.

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.

§ 53.

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 10
Postanowienia końcowe

§ 54.

Dyrektorzy Oddziałów Funduszu zaproponują świadczeniodawcom wprowadzenie zmian wynikających z niniejszego zarządzenia w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przed dniem wejścia w życie zarządzenia.

§ 55.

Traci moc zarządzenie nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

§ 56.

1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i ma zastosowanie do kontraktowania świadczeń na rok 2009 i lata następne, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Przepisy § 13 -18 obowiązują od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 30 czerwca 2009 r.
3. Przepisy § 27 – 37 obowiązują od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 marca 2009 r.

Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Jacek Paszkiewicz

Wykaz załączników:

załącznik nr 1	Wartości stawek kapitacyjnych, porad, ryczałtów i punktu w POZ
załącznik nr 2a	Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej (świadczenia podstawowe)
załącznik nr 2b	Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej (świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ, świadczenia nocnej i świątecznej, ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ oraz transportu sanitarnego w POZ)
załącznik nr 3a	Wymagania od świadczeniodawców realizujących umowę opisaną w załączniku 2a (świadczenia podstawowe)
Załącznik nr 3b	Wymagania od świadczeniodawców realizujących umowę opisaną w załączniku 2b (świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ, świadczenia nocnej i świątecznej, ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ oraz transportu sanitarnego w POZ)
załącznik nr 4	Wykaz badań diagnostycznych zlecanych i finansowanych przez lekarza POZ, niezbędnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej
załącznik nr 5	Informacje ogólne o programach profilaktycznych realizowanych przez lekarza poz i pielęgniarkę poz na podstawie umów zawartych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej
załącznik nr 6	,,Karta badania profilaktycznego w Programie profilaktyki chorób układu krążenia”
załącznik nr 7	,,Zmodyfikowany test oceny wielkości uzależnienia od nikotyny” w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)
załącznik nr 8	,,Ankieta o stanie zdrowia świadczeniobiorcy Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)”
załącznik nr 9	,,Karta badania lekarskiego w etapie podstawowym Programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)”
załącznik nr 10	,,Karta oceny stanu pacjenta wg skali Barthel”
załącznik nr 11	,,Zgłoszenie do objęcia pielęgniarską opieką domową w POZ”
załącznik nr 12	,,Indywidualna karta opieki pielęgniarskiej w POZ”
załącznik nr 13	,,Informacja dla świadczeniobiorcy o dostępności, trybie kierowania oraz zasadach udzielania świadczeń w pielęgniarskiej opiece domowej w POZ”

załącznik nr 14	,,Indywidualny plan opieki w pielęgniarskiej opiece domowej w POZ”
załącznik nr 15	,,Katalog świadczeń pielęgniarskich w POZ”
załącznik nr 16	,,Ankieta świadczeniobiorcy w Programie profilaktyki gruźlicy”
załącznik nr 17	Informacja o szczegółowym zakresie świadczeń (typach szkół i populacji uczniów) udzielanych przez pielęgniarkę szkolną
załącznik nr 18	,,Oświadczenie o objęciu opieką”
załącznik nr 19	,,Wniosek o zlecenie transportu sanitarnego w POZ (na odległość ,,tam i z powrotem” powyżej 120 km)”
załącznik nr 20	Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej
załącznik nr 21	Oświadczenie wnioskującego (składane w sytuacji opisanej w § 44 ust. 5 zarządzenia)
załącznik nr 22	Wykaz podwykonawców
załącznik nr 23	Oświadczenie wnioskującego (składane w sytuacji opisanej w § 45 ust. 3 zarządzenia)
załącznik nr 24	Oznaczenie wniosku
załącznik nr 25	Potwierdzenie złożenia wniosku
załącznik nr 26	Wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez pielęgniarkę poz lub położną poz