

Zarządzenie Nr 72/2009/DSOZ
Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 3 listopada 2009 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz art. 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, z późn. zm.¹⁾), zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1.

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

§ 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **deklaracja** – deklarację wyboru, o której mowa w art. 56 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, złożoną przez świadczeniobiorcę u świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, w związku z wykonywaniem u tego świadczeniodawcy, zawodów medycznych przez wybranych deklaracją: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, położną podstawowej opieki zdrowotnej;

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374.

- 2) **dostęp/zapewnienie realizacji** – zapewnienie wykonywania świadczeń w innym miejscu lub lokalizacji niż ta, w której realizowane są świadczenia;
- 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) **grupowa profilaktyka fluorkowa** – świadczenie realizowane metodą nadzorowanego szczoteczkania zębów z użyciem związków fluoru, wykonywane w klasach I – VI szkoły podstawowej, 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni;
- 5) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 6) **Ogólne warunki umów** – załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);
- 7) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 8) **porada lekarska** – świadczenie opieki zdrowotnej udzielone w warunkach ambulatoryjnych albo w domu świadczeniobiorcy, przeprowadzone zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w tym zarządzeniu, obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe wraz ze świadczeniem zabiegowym, o ile jest konieczne oraz wykonanie badań diagnostycznych niezbędnych dla postawienia diagnozy lub kontynuacji prowadzonego przez lekarza procesu leczenia i ordynację leków;
- 9) **Portal Narodowego Funduszu Zdrowia** – informatyczne środowisko komunikacji służąca do wymiany informacji pomiędzy Użytkownikami a Funduszem, obsługi umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, sprawozdawczości i rozliczeń, prowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz aktualizacji wprowadzanych danych;
- 10) **poz** – Podstawową Opiekę Zdrowotną;
- 11) **Rozporządzenie MZ** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139 poz. 1139);
- 12) **świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia** - traktowany jako jedno świadczenie cykl udokumentowanych procedur

medycznych opisanych warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, określonych w części II załącznika nr 1 do Rozporządzenia MZ;

- 13) **transport sanitarny w poz** – świadczenie gwarantowane polegające na zapewnieniu świadczeniobiorcom transportu sanitarnego do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach określonych przepisami art. 41 ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 4 ust. 2 Rozporządzenia MZ, organizowany na zasadach określonych w odrębnych przepisach i realizowany w poz na podstawie zlecenia lekarza poz od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 14) **transport sanitarny „daleki” w poz** – transport sanitarny w poz realizowany wyłącznie w przypadkach wskazanych w § 35 ust. 2;
 - 15) **ustawa** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
 - 16) **wniosek** – wniosek ubiegającego się o zawarcie umowy;
 - 17) **wnioskujący** – świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit.a-c ustawy, ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie poz;
 - 18) **zakres świadczeń** – rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danych świadczeniach gwarantowanych lub zakresie świadczeń danego rodzaju, dla których w umowie określa się sposób i kwotę finansowania.
2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności Rozporządzeniu MZ oraz Ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Cel postępowania i przedmiot umowy

§ 3.

Celem postępowania, jest wyłonienie wykonawców poz.

§ 4.

1. Przedmiotem umowy są świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 2 pkt 1-6 Rozporządzenia MZ udzielane świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych albo w środowisku nauczania i wychowania, finansowane przez Fundusz.
2. Określa się odrębny wzór umowy dla następujących świadczeń gwarantowanych:
 - 1) świadczenia lekarza poz, świadczenia pielęgniarki poz, świadczenia położnej poz, świadczenia pielęgniarki szkolnej – stanowiący **załącznik nr 2a** do zarządzenia;
 - 2) świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, oraz transport sanitarny w poz – stanowiący **załącznik nr 2b** do zarządzenia.
3. Odstępstwa od wzorów umów wymagają zgody Prezesa Funduszu.

§ 5.

1. W świadczeniach gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wyodrębnia się następujące przedmioty wniosku i umowy:
 - 1) świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 2) świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 3) świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania zwanej dalej pielęgniarką szkolną;
 - 5) świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, w tym,
w zależności od spełnienia wymogów i dokonanego wyboru oraz na warunkach określonych zarządzeniem:
 - a) świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz,
 - b) świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej w poz,
 - c) świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej w poz,
 - d) świadczenia nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej w poz,
 - e) świadczenia nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w poz;

- 6) transport sanitarny w poz.
2. 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.

§ 6.

1. Świadczenia gwarantowane w zakresie poz ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie. Udzielanie świadczeń gwarantowanych, stosownie do przedmiotu umowy zapewnia realizację zadań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816).
2. Świadczeniodawca zapewnia, adekwatnie do przedmiotu umowy, udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy.
3. Świadczeniodawcy, różni ze względu na przedmiot umowy, ale obejmujący opieką tego samego świadczeniobiorcę, zobowiązani są do wzajemnej współpracy i bieżącej wymiany informacji istotnych dla przebiegu procesu terapeutycznego u świadczeniobiorcy.

§ 7.

1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, musi spełniać odpowiednio do przedmiotu umowy, wymagania określone w **załączniku nr 3a i 3b** do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych, w tym w

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)

szczegółności w Rozporządzeniu MZ..

2. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy wszystkich miejsc udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń realizowanych na podstawie umowy.

§ 8.

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku świadczeń udzielanych na podstawie deklaracji wyboru, świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń przed przyjęciem deklaracji wyboru, a w przypadku świadczeń udzielanych osobom wymienionym w § 9 ust. 7 i 8 zarządzenia - każdorazowo przed udzieleniem świadczenia.
2. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń profilaktycznych w profilaktyce chorób układu krążenia lub profilaktyce gruźlicy, przed wykonaniem świadczeń zobowiązany jest do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami opisanymi w Warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia określonych w części II załącznika Nr 1 do Rozporządzenia MZ lub Warunkach realizacji świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy określonych w części III załącznika Nr 2 do Rozporządzenia MZ.

§ 9.

1. Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ udzielane są świadczeniobiorcom, którzy dokonali wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz poprzez złożenie odpowiedniej deklaracji wyboru, włączając w to osoby dokonujące wyboru na podstawie zarejestrowanego formularza E106, E109, E120, E121 wydanego osobom zamieszkującym w Polsce, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, oraz w przypadku świadczeń, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 4, osobom znajdującym się na odpowiednich listach uczniów.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy udzielane są świadczeniobiorcom znajdującym się, odpowiednio do przedmiotu umowy, na listach lekarza poz lub pielęgniarki poz.

3. Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz oraz świadczeń pielęgniarki poz, informują świadczeniobiorców o podmiotach realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, zgodnie z § 11 ust. 1 i ust. 4 pkt 6 oraz ust. 5 Ogólnych warunków umów.
4. W przypadku, gdy świadczeniodawcą poz jest zakład opieki zdrowotnej oraz grupowa praktyka, listę świadczeniobiorców sporządza się odrębnie dla każdego lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, realizujących świadczenia u świadczeniodawcy.
5. Świadczeniodawca na bieżąco prowadzi zapisy na listy świadczeniobiorców do poszczególnych osób udzielających świadczeń.
6. Wykaz osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy jest integralną częścią umowy.
7. Świadczeniodawca zobowiązuje się udzielać świadczeń:
 - 1) ubezpieczonym, nieznajdującym się na liście świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy,
 - 2) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy oraz osobom uprawnionym w związku z przepisami, o których mowa w art. 12 pkt 9 ustawy- w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, w szczególności w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia.
8. Osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji nieznajdującym się na liście świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy (EKUZ, certyfikat zastępczy), świadczeniodawca zobowiązuje się udzielać świadczeń w zakresie niezbędnym z medycznego punktu widzenia podczas planowanego pobytu.
9. Świadczenia, stanowiące przedmiot umowy udzielane są osobiście przez osoby znajdujące się w wykazie osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy.
10. Objęcie przez świadczeniodawcę świadczeniami lekarza poz lub pielęgniarki poz, podopiecznych domu pomocy społecznej zwanego dalej „DPS” albo placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej, następuje po uprzednim zawarciu przez tego świadczeniodawcę, z dyrektorem danego jednostki, porozumienia o współpracy.

11. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy, adekwatnie do jej przedmiotu, przedkłada Funduszowi aktualną na dzień złożenia wniosku informację o zawartych porozumieniach współpracy, o których mowa w ust. 10 i wielkości populacji świadczeniobiorców przebywających w tych jednostkach, która zostanie objęta opieką świadczeniodawcy na podstawie umowy zawartej z Funduszem .
12. Informację, o której mowa w ust. 11, sporządza się zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 4** do zarządzenia. Zawarte porozumienia, o których mowa w ust. 10, w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem, dołącza się do tej informacji.

Rozdział 3

Zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń

§ 10.

1. Dla umów stosuje się następujące sposoby rozliczeń:
 - 1) kapitacyjna stawka roczna dla świadczeń w zakresie poz udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarki, położnej, zespołu lekarsko-pielęgniarskiego lub jednostki transportu sanitarnego;
 - 2) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia lub przewozu) dla świadczeń wydzielonych z finansowania na podstawie stawki kapitacyjnej;
 - 3) potwierdzeniem udzielenia porady, wizyty lub świadczenia jest jego opis w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, a dla zrealizowanych zabiegów, wpis w księdze zabiegowej, za wyjątkiem świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy, o którym mowa w § 9 ust. 7 i 8 oraz § 19 ust. 3 - 6, gdzie dodatkowo wymagane jest potwierdzenie faktu udzielenia świadczenia przez osobę, której zostało udzielone lub jej opiekuna prawnego lub faktycznego;
 - 4) potwierdzeniem wykonania badania diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej jest jego opis w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy oraz specyfikacja do faktury wystawionej świadczeniodawcy przez podwykonawcę badania, w której

wyszczególnione jest dane badanie albo wpis w rejestrze badań wykonywanych we własnym zakresie;

- 5) potwierdzeniem realizacji przewozu środkiem transportu sanitarnego jest wpis w księdze przewozów oraz specyfikacja przewozu.
2. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z metodami finansowania właściwymi dla zakresów świadczeń uwzględnionych w przedmiocie umowy.
3. Przy stosowaniu finansowania metodą kapitacyjną ustala się kapitacyjną stawkę roczną.
4. Wysokość kapitacyjnych stawek rocznych oraz ceny pozostałych jednostek rozliczeniowych dla poszczególnych zakresów świadczeń określonych przedmiotem umowy, określa Prezes Funduszu.
5. Wysokości stawek kapitacyjnych oraz ceny, o których mowa w ust. 4, zawarte są w **załączniku nr 1** do zarządzenia.
6. Warunki rozliczania świadczeń określone zostały w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie.
7. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i przekazywania elektronicznej sprawozdawczości z realizacji świadczeń, w oparciu o określone przez Prezesa Funduszu, na podstawie przepisów odrębnych, na dzień wejścia w życie niniejszego zarządzenia, 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 RRSWI - rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy)”). Przy zmianie definicji komunikatów Fundusz zobowiązany jest do zachowania *vacatio legis* uwzględniającego, co najmniej jeden, pełny okres sprawozdawczy. Przepis nie dotyczy zasad sprawozdawczości z realizacji świadczeń w ramach profilaktyki chorób układu krążenia, którą należy realizować on-line, w udostępnianym bezpłatnie przez Fundusz Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

8. Świadczenia poz nie podlegają finansowaniu w okresie korzystania przez świadczeniobiorcę ze świadczeń opieki stacjonarnej w rodzaju opieka długoterminowa lub opieka paliatywna i hospicyjna.
9. Wstrzymanie finansowania na podstawie stawki kapitałowej deklaracji wyboru danego świadczeniobiorcy następuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie rozpoczęcia finansowania przez Fundusz dla danego świadczeniobiorcy świadczeń, o których mowa w ust. 8 i podlega wznowieniu po zakończeniu ich finansowania, począwszy od dnia pierwszego miesiąca następującego po tej dacie.

Rozdział 4

Świadczenia lekarza poz

§ 11.

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz są świadczenia określone w załączniku Nr 1 do Rozporządzenia MZ.
2. Lekarz poz udziela świadczeń, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem zakresu jego zadań, określonego załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Świadczenia gwarantowane w ramach profilaktyki chorób układu krążenia lekarz poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika Nr 1 do Rozporządzenia MZ oraz w zarządzeniu.
 - 1) świadczenia dokumentowane są w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki oraz poprzez włączenie Karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;
 - 2) wzór Karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia określa **załącznik nr 5** do zarządzenia.
4. Świadczenia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia, w tym wizyty patronażowe oraz badania bilansowe z uwzględnieniem

wykonania w trakcie badań testów przesiewowych adekwatnych do wieku rozwojowego świadczeniobiorcy, lekarz poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części III załącznika Nr 1 do Rozporządzenia MZ.

5. W trakcie leczenia osób przewlekle chorych z rozpozną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą lub chorobą układu krążenia, lekarz poz monitoruje proces leczenia poprzez wykonywanie niezbędnych dla tego celu badań diagnostycznych, spośród badań określonych dla poz wykazem badań diagnostycznych zawartym w części IV załącznika Nr 1 do Rozporządzenia MZ.
6. Lekarz poz ustala zasadność realizacji wniosków zadeklarowanych do niego świadczeniobiorców o zlecenie świadczenia transportu „dalekiego” w poz, w trybie i na zasadach określonych w rozdziale 9.
7. Lekarz poz, w ramach odrębnej umowy, może realizować świadczenia nocnej i świątecznej pomocy medycznej w poz, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 8.
8. Jeżeli lekarz poz nie realizuje nocnej i świątecznej pomocy medycznej w poz to w celu zapewnienia zadeklarowanym do niego świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, wynikających z zakresu zadań lekarza poz, udziela oświadczenia o przekazaniu przedmiotowej opieki innemu świadczeniodawcy, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 8.

§ 12.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza poz nie powinna przekroczyć 2750 osób.
2. Lekarz poz może tworzyć listę świadczeniobiorców tylko u jednego świadczeniodawcy poz.

§ 13.

Organizacja udzielania świadczeń

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń będących przedmiotem umowy od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 18.00,

z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem stanowiącym integralną część umowy, przestrzegając następujących zasad organizacji udzielania świadczeń:

- 1) świadczenia lekarskie realizowane są w formie porad ambulatoryjnych w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - poprzez porady udzielane w domu świadczeniobiorcy: dni i godziny przyjęć, w tym czasu przeznaczonego na realizację porad udzielanych w warunkach domowych, określa harmonogram pracy lekarza stanowiący integralną część umowy;
- 2) w filiach świadczeniodawcy poz, dopuszcza się udzielanie w czasie krótszym niż w godzinach od 8.00 do 18.00, jeżeli w tych godzinach świadczeniobiorcy mają dostęp do innego miejsca udzielania świadczeń przez danego świadczeniodawcę poz – zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy stanowiącym integralną część umowy;
2. Świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić w godzinach dostępności do świadczeń będących przedmiotem umowy, funkcjonowanie gabinetu zabiegowego, w tym punktu szczepień – minimum 1 raz w tygodniu także po godz. 15.00.
3. W gabinecie zabiegowym, o którym mowa w ust. 2, wykonywane są zabiegi i procedury diagnostyczno-terapeutyczne wynikające z procesu leczenia, pozostające w zakresie zadań i kompetencjach lekarza poz, związane z bezpośrednio udzielaną poradą lekarską i wymagające udziału lekarza.
4. W sytuacji uzasadnionej stanem zdrowia świadczeniobiorcy, świadczeniodawca zapewnia realizację świadczeń, o których mowa w ust. 3, także poprzez wizyty domowe.
5. Na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki poz, lekarz poz wydaje skierowanie do pielęgniarki poz, do której zadeklarowany jest pacjent.
6. Skierowanie, o którym mowa w ust. 5 powinno zawierać w szczególności:
 - 1) pieczęć nagłkową świadczeniodawcy z numerem umowy z Funduszem;
 - 2) imię, nazwisko i nr PESEL świadczeniobiorcy;
 - 3) rozpoznanie lekarskie w języku polskim, jeśli jest wymagane zasadami sprawozdawczości z realizacji świadczeń;
 - 4) nazwę zlecanego leku, dawkowanie i drogę podawania lub opis zlecanego

zabiegu oraz czasookres i częstotliwość wykonywania;

- 5) datę wystawienia zlecenia oraz pieczętkę i podpis lekarza zlecającego.
7. W przypadku, gdy w wyniku udzielonej przez lekarza poz porady lekarskiej zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, świadczeniodawca organizuje pobranie materiałów do badań zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3 załącznika nr 1 Rozporządzenia MZ.
8. Wykaz badań diagnostycznych, które zobowiązany jest wykonać i finansować lekarz poz, a które są mu niezbędne przy realizacji świadczeń określa w części IV załącznik nr 1 do Rozporządzenia MZ.
9. Lekarz poz, kierując świadczeniobiorcę do lekarza specjalisty lub do szpitala, zobowiązany jest do dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.
10. Lekarz poz może wystawiać zadeklarowanym świadczeniobiorcom 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, a także na rehabilitację ogólnoustrojową w przypadkach zaostrzeń chorób przewlekłych oraz rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, realizowaną w warunkach ośrodka/oddziału dziennego rehabilitacji, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. Nr 140, poz 1145).
11. W przypadkach stwierdzenia u świadczeniobiorcy wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, których przyczyną są wady postawy, lekarz poz wystawia świadczeniobiorcy skierowanie do poradni rehabilitacyjnej lub ortopedycznej.
12. W odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej, w przypadkach nie kwalifikujących się do rehabilitacji leczniczej, lekarz poz kieruje świadczeniobiorcę na zajęcia korekcyjno-kompensacyjne organizowane w szkołach i finansowane ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów.
13. Lekarz poz może kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada wydaną

przez lekarza specjalistę, imienną dla danego świadczeniobiorcy, informację o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym o okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

14. Lekarz poz, w medycznie uzasadnionych przypadkach wynikających z prowadzonego przez niego procesu leczenia i diagnostyki, może kierować świadczenioborcę na badania finansowane przez Fundusz na podstawie odrębnych umów zawartych ze świadczeniodawcami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i na zasadach w nich określonych.
15. W przypadku zlecenia przez świadczeniodawcę świadczeń gwarantowanych wymienionych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141), zlecenie musi być zgodne z tym załącznikiem oraz z załącznikiem nr 1, 4 i 5 do aktualnego zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi.

§ 14.

Finansowanie świadczeń lekarza poz

1. Świadczenia lekarza poz finansowane są zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitulacyjną z zastrzeżeniem ust. 2 – 4.
2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza poz, stawka kapitulacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do: grupy wiekowej, w której świadczeniobiorca się znajduje albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy albo, w przypadku leczenia chorób przewlekłych określonych wykazem stanowiącym załącznik do umowy, odpowiednim dla zdefiniowanej rozpoznaniem, wg klasyfikacji ICD-10, przyczyny udzielonej porady/udzielonych porad:
 - 1) osoba, której udzielono porad/y w związku z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia – współczynnikiem 3,0, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 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, podopieczny DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – współczynnikiem 2,5.

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

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

2) w okresie sprawozdawczym, w którym lekarz poz sprawozdaje udzielenie świadczeniobiorcy porady w związku z leczeniem cukrzycy, świadczeniobiorca nie jest objęty kompleksową ambulatoryjną opieką specjalistyczną nad świadczeniobiorcą z chorobą przewlekłą (KAOS);

3) podstawę prowadzonej przez Oddział Funduszu, weryfikacji w zakresie spełnienia warunku, o którym mowa w pkt. 2, są raporty z deklaracji wyboru KAOS, złożone przez świadczeniobiorców w związku z leczeniem cukrzycy, sprawozdawane przez świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielających świadczeń w tym zakresie: w ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do grupy deklaracji poz ze współczynnikiem 3,0, dokonuje się sprawdzenia w oparciu o dane z raportów statystycznych o poradach udzielonych w związku z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia, dla których świadczeniodawcy wskazali cukrzycę jako przyczynę udzielonego świadczenia: pozytywnie kwalifikowane są tylko te porady, których data wykonania jest wcześniejsza lub równa dacie złożenia przez świadczeniobiorcę deklaracji wyboru KAOS;

4) świadczeniodawca otrzymuje w raporcie zwrotnym z weryfikacji deklaracji, o której mowa w pkt. 3, informację o znajdujących się na jego liście świadczeniobiorcach z rozpoznaną cukrzycą, objętych z przyczyny tej choroby, opieką w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcą z chorobą przewlekłą (KAOS).

4. Kapitaacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez lekarza poz, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.
5. Należność z tytułu realizacji świadczeń lekarza poz wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
 - 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, o których mowa w ust. 2. Iloczyn stawki miesięcznej i współczynnika korygującego wyrażony jest w złotych i groszach.
 - 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 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, 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) liczbę świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 2 pkt 6, należy potwierdzać przynajmniej w styczniu i lipcu każdego roku, podpisaną przez dyrektorów DPS, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych, informacją o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej z tych jednostek; informację, sporządzoną zgodnie ze wzorem określonym w umowie, należy

przekazywać do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminach do dnia 7 stycznia i dnia 7 lipca każdego roku;

- 5) Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę: przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy: po przeprowadzeniu weryfikacji listy lekarza poz przez Fundusz lista ta jest ostateczna, za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli deklaracji posiadanych przez świadczeniodawcę lub świadczeń, o których mowa w pkt. 2 lit.a, wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji;
- 6) w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru;
- 7) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 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;
- 8) raport statystyczny, o którym mowa w pkt. 7, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu: po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń;
- 9) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.

Rozdział 5

Świadczenia pielęgniarki poz

§ 15.

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz są świadczenia określone w załączniku Nr 2 do Rozporządzenia MZ.
2. Pielęgniarka poz udziela świadczeń, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem zakresu jej zadań, określonego w części I załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Pielęgniarka poz sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, uwzględniając w tym zgodnie z obowiązującym zakresem zadań, realizację na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zleceń na zabiegi i procedury medyczne, których wykonanie możliwe jest w trybie ambulatoryjnym.
4. Sprawowanie przez pielęgniarkę poz opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami będącymi podopiecznymi DPS obejmuje:
 - 1) współdziałanie w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
 - 2) edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;
 - 3) realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarskiej oraz zleceń lekarskich.
5. Skierowanie, o którym mowa w ust. 3, pielęgniarka poz włącza do prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Podlega ono archiwizacji oraz warunkom kontroli realizacji umowy.
6. W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, wyłącznie w domu świadczeniobiorcy i jedynie na zlecenie lekarza poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, pobiera materiały do badań diagnostycznych. Świadczenie realizuje zgodnie z przekazanymi przez zleceniodawcę standardami jakości opracowanymi przez pracownię diagnostyczną, z którą zleceniodawca współpracuje oraz z zachowaniem zasad określonych w ust. 4 części I załącznika Nr 2 do Rozporządzenia MZ.

7. Świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy pielęgniarka poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części III załącznika Nr 2 do Rozporządzenia MZ oraz w zarządzeniu.
8. Świadczenia w monitorowaniu rozwoju zadeklarowanych do pielęgniarki poz dzieci i młodzieży w tym wizyty patronażowe oraz testy przesiewowe adekwatne do wieku rozwojowego świadczeniobiorcy, pielęgniarka poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika Nr 2 do Rozporządzenia MZ oraz w § 3 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. Nr 139, poz. 1133).
9. Pielęgniarka poz dokumentuje świadczenia udzielone zgodnie z przedmiotem umowy, w dokumentacji medycznej prowadzonej na podstawie przepisów odrębnych, oraz w Ankiecie świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy, której wzór określa **załącznik nr 6** do zarządzenia.
10. Świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz, może realizować w ramach odrębnej umowy, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 8, świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej lub wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w poz.
11. Jeżeli świadczeniodawca realizujący umowę w zakresie świadczeń pielęgniarki poz nie realizuje nocnej i świątecznej ambulatoryjnej lub wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w poz, to w celu zapewnienia zadeklarowanym do niego świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, pozostających w zakresie zadań pielęgniarki poz, udziela oświadczenia o przekazaniu przedmiotowej opieki innemu świadczeniodawcy, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 8.

§ 16.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz nie powinna przekroczyć 2750 osób.
2. Pielęgniarka poz może tworzyć listę świadczeniobiorców tylko u jednego świadczeniodawcy poz.

§ 17.

Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń pielęgniarki poz

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

- 1) świadczenia pielęgniarskie realizowane są w formie świadczeń ambulatoryjnych w miejscu udzielania świadczeń oraz, w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - poprzez wizyty domowe: dni i godziny przyjęć, w tym wizyt domowych, określa harmonogram pracy pielęgniarki stanowiący integralną część umowy;
- 2) świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wykonywane są zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

§ 18.

Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz

1. Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz realizowane jest zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitulacyjną.
2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do pielęgniarki poz, stawka kapitulacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej właściwej dla świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy:
 - 1) od 0 do 6 roku życia - współczynnikiem 1,3;
 - 2) od 7 roku życia do 65 roku życia - współczynnikiem 1,0;
 - 3) powyżej 65 roku życia - współczynnikiem 2,0;
 - 4) podopieczni DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej - współczynnikiem 3,5.
3. Kapitulacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę poz, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.
4. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 3 określa załącznik nr 1 do zarządzenia.

5. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
- 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitałowej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z ust. 2. Iloczyn stawki miesięcznej i współczynnika korygującego wyrażony jest w złotych i groszach;
 - 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, 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) liczbę świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 2 pkt 6, należy potwierdzać przynajmniej w styczniu i lipcu każdego roku, podpisaną przez dyrektorów DPS, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych, informacją o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej z tych jednostek; informację, sporządzoną zgodnie ze wzorem określonym w umowie, należy przekazywać do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminach do dnia 7 stycznia i dnia 7 lipca każdego roku;
 - 5) 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 pielęgniarstwa lista ta jest ostateczna, z wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli deklaracji posiadanych przez

- świadczeniodawcę wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji;
- 6) w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru;
 - 7) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 3, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę do 10-tego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni;
 - 8) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 7, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu: po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek;
 - 9) świadczeniodawcy, przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.

Rozdział 6

Świadczenia położnej poz

§ 19.

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń położnej poz są świadczenia określone w załączniku Nr 3 do Rozporządzenia MZ.
2. Położna poz udziela świadczeń, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem zakresu jej zadań, określonego w części II załącznika Nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Wizyty profilaktyczne realizowane przez położną poz obejmują:
 - 1) dokonanie rozpoznania problemów zdrowotnych populacji objętej opieką;
 - 2) zaplanowanie i realizację na rzecz populacji objętej opieką, w zakresie posiadanych kompetencji, świadczeń profilaktycznych oraz z zakresu

promocji zdrowia, w tym: prowadzenie edukacji kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do odbycia porodu, z zachowaniem poniższych zasad:

- a) podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, jest opracowany przez położną poz i stanowiący integralną część dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, plan edukacji (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej),
 - b) wizyty w edukacji przedporodowej realizowane są przez położną poz, począwszy od 26 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż 2 razy w tygodniu;
4. Wizyty patronażowe obejmują opiekę nad noworodkiem do ukończenia 2 miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu i realizowane są przez położną poz, w trakcie od 4 do 6 wizyt, zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika Nr 3 do Rozporządzenia MZ.
 5. Wizyty położnej poz w opiece pielęgnacyjnej nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej obejmują okres od momentu wypisu ze szpitala do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej i realizowane są przez położną na podstawie skierowania, o którym mowa w § 12 ust. 10 pkt 1 Ogólnych warunków umów i zgodnie z zaleceniami w nim zawartymi.
 6. Położna poz dokumentuje udzielane świadczenia zdrowotne w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Wykonanie wizyt, o których mowa w ust. 3–5, dodatkowo potwierdza podpisem świadczeniobiorcy/opiekuna.

§ 20.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

Maksymalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną położną poz nie powinna przekroczyć 6 600 osób.

§ 21.

Organizacja oraz dostępność do świadczeń położnej poz

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

- 1) położna poz realizuje świadczenia poprzez wizyty ambulatoryjne w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - poprzez wizyty domowe: dni i godziny przyjęć, w tym wizyty domowych, określa harmonogram pracy położnej stanowiący integralną część umowy;
- 2) świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wykonywane są zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

§ 22.

Finansowanie świadczeń położnej poz

1. Finansowanie świadczeń położnej poz realizowane jest zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitulacyjną.
2. Kapitulacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez położną poz, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 2, finansowane są na podstawie cen jednostkowych jednostek rozliczeniowych określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia.
4. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
 - 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitulacyjną stanowi iloczyn liczby świadczeniobiorców objętych opieką i określonej umową miesięcznej stawki kapitulacyjnej stanowiącej 1/12 kapitulacyjnej stawki rocznej;

- 2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy, na podstawie przekazanej przez świadczeniodawcę bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru i zawierającej: imię i nazwisko, 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 5 i 6.
- 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 zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek;
- 7) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.

Rozdział 7

Świadczenia pielęgniarki szkolnej

§ 23.

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej są świadczenia określone w części I załącznika Nr 4 do Rozporządzenia MZ.
2. Pielęgniarka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież szkolną począwszy od klasy „0” (w szkołach podstawowych) do ostatniej klasy szkoły

ponadgimnazjalnej, z wyłączeniem szkół dla dorosłych.

- Świadczenia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży szkolnej do ukończenia 19 roku życia pielęgniarka szkolna wykonuje zgodnie z warunkami realizacji testów przesiewowych określonych w części II załącznika Nr 4 do Rozporządzenia MZ.

§ 24.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

Zalecana liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę szkolną traktowana jako wartość dla jednego etatu przeliczeniowego zależy od typu szkoły, w której realizowane są świadczenia i ustalana według zasad określonych dla wymaganej dostępności personelu w części III pkt 2 załącznika Nr 4 do Rozporządzenia MZ.

§ 25.

Organizacja, dostępność do świadczeń pielęgniarki szkolnej oraz zasady tworzenia listy uczniów

- 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.
- Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej, przedkłada Funduszowi aktualną na dzień złożenia wniosku informację o szkołach, z którymi zawarł porozumienie o współpracy i charakterystyce populacji uczniów, która w tych szkołach zostanie objęta opieką świadczeniodawcy na podstawie zawartej umowy.
- Informację, o której mowa w ust. 2, sporządza się zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 7** do zarządzenia. Zawarte porozumienia, o których mowa w ust. 2, w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem, dołącza się do tej informacji.
- 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 pielęgniarstwa szkolnego

1. Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego realizowane jest: zgodnie z określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitulacyjną.
2. W stosunku do konkretnego ucznia, stawka kapitulacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej:
 - 1) uczniowie szkół typu I.1 – współczynnikiem 1,0;
 - 2) uczniowie klas integracyjnych i sportowych w szkołach typu I.2 – współczynnikiem 1,7;
 - 3) uczniowie szkół typu II – współczynnikiem 1,7;
 - 4) uczniowie typu A w szkołach typu III – współczynnikiem 5,0;
 - 5) uczniowie typu B w szkołach typu III – współczynnikiem 9,4;
 - 6) uczniowie typu C w szkołach typu III – współczynnikiem 25,0.
3. Podstawą finansowania świadczeń pielęgniarstwa szkolnego, są przekazywane comiesięcznie do Oddziału Funduszu *Komunikatem szczegółowym NFZ deklaracji POZ/KAOS*, listy uczniów szkół, z którymi świadczeniodawca nawiązał współpracę oraz listy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową w tych szkołach. Listy należy potwierdzać przynajmniej w marcu i październiku każdego roku, podpisaną przez dyrektorów szkół, informacją o liczbie uczniów objętych opieką przez świadczeniodawcę, w każdej szkole. Informację, sporządzoną zgodnie ze wzorem określonym w umowie, należy przekazywać do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminach do dnia 7 marca i dnia 7 października każdego roku.
4. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
 - 1) należność za udzielanie świadczeń stanowi sumę iloczynów liczby uczniów objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitulacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z ust. 2. Iloczyn stawki miesięcznej i współczynnika korygującego wyrażony jest w złotych i groszach;
 - 2) w przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej należność,

o której mowa w pkt 2, powiększona jest o iloczyn liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, odrębnie określonej dla finansowania tych świadczeń w załączniku nr 1 do zarządzenia;

- 3) liczba uczniów, o której mowa w pkt 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy, na podstawie przekazanej przez świadczeniodawcę bieżącej informacji o uczniach objętych opieką w danym okresie sprawozdawczym, zawierającej: dane identyfikacyjne szkoły do której uczeń uczęszcza, informację o typie szkoły i charakterystyce zdrowotnej ucznia, dane osobowe ucznia: imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania;
- 4) dane, o których mowa w pkt 2, świadczeniodawca przekazuje w celu weryfikacji, do właściwego Oddziału Funduszu do 7 dnia danego miesiąca za bieżący okres sprawozdawczy;
- 5) listy uczniów podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz na zasadach określonych w § 18 ust. 5 pkt 5 i 6;
- 6) do rozliczania świadczeń w miesiącach: lipiec i sierpień przyjmuje się liczby uczniów zweryfikowane na dzień 1 czerwca roku obowiązywania umowy.
- 7) w przypadku pozostawania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców Fundusz zastrzega sobie prawo wstrzymania finansowania za wskazanymi uczniami do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności;

Rozdział 8

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

§ 27.

1. Przedmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, są świadczenia określone w części I załącznika Nr 5 do Rozporządzenia MZ.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, nie mają zastosowania w przypadkach stanów bezpośredniego zagrożenia życia, w szczególności w sytuacji: utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, urazów wypadkowych powstałych

w sytuacjach nagłych, nagłej duszności, porażenia prądem elektrycznym, porodu oraz dolegliwości związanych z ciążą.

3. Osoby udzielające świadczeń, zgodnie z posiadanymi kompetencjami, zobowiązane są do:
 - 1) udzielenia świadczeniobiorcy niezbędnej pomocy lekarskiej lub pielęgniarskiej;
 - 2) w przypadkach wymagających dalszego postępowania, wskazanie ośrodków i miejsc udzielania świadczeń, w których proces przywracania zdrowia może być kontynuowany;
 - 3) orzekania i opiniowania o stanie zdrowia w uzasadnionych przypadkach;
 - 4) realizacji zleceń lekarskich niezbędnych ze względu na kontynuację procesu leczenia.
4. W przypadku konieczności wezwania zespołu ratownictwa medycznego, odpowiednio lekarz lub pielęgniarka pozostaje w miejscu udzielania świadczenia do czasu przyjazdu zespołu. Interwencja zespołu rozliczana jest w ramach odrębnej umowy zawartej przez Oddział Funduszu ze świadczeniodawcą realizującym świadczenia w tym zakresie.
5. Świadczenia pielęgniarskie wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji, nie dotyczą świadczenioborców objętych świadczeniami pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Dla tej grupy świadczenioborców, realizację świadczeń wynikających z ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji zapewnia, w ramach sprawowanej opieki, świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.
6. Świadczeniodawca udzielający na podstawie umowy zawartej z Funduszem, świadczeń, o których mowa w art. 55 ust. 3 ustawy, dokumentuje udzielone świadczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7. Wpisy w prowadzonej dokumentacji medycznej, zawierają w szczególności:
 - 1) dane osobowe świadczeniobiorcy: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer 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 pielęgniarstwa;
 - 6) informację o wezwaniu zespołu ratownictwa medycznego.

§ 28.

Nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz są świadczenia lekarskie i pielęgniarstwa, o których mowa w § 27 realizowane przez zespół lekarza poz składający się z lekarza i pielęgniarki, określone w załączniku Nr 1 do Rozporządzenia MZ.
2. Dla realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca ustala dla miejsca udzielania świadczeń harmonogram pracy, stanowiący załącznik do umowy.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 realizowane są w szczególności poprzez:
 - 1) porady lekarskie udzielane w warunkach ambulatoryjnych w kontakcie bezpośrednim ze świadczeniobiorcą lub telefonicznie oraz w domu świadczeniobiorcy;
 - 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym świadczeniodawcy poz lub w domu świadczeniobiorcy, zlecone podopiecznym przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji;
 - 3) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą udzieloną przez lekarza w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz.

§ 29.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego zespołu lekarza poz składającego się z lekarza i pielęgniarki, w trakcie realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz, nie powinna przekroczyć 25 000 osób.

§ 30.

Organizacja udzielania świadczeń

1. Świadczeniodawcą 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. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz nie może ubiegać się równocześnie o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresach: nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w poz, o których mowa w § 32 – 34 niniejszego zarządzenia.
3. Świadczeniodawcy poz obejmujący opieką lekarza poz populację świadczeniobiorców zamieszkałą na obszarze spójnym terytorialnie, mogą ubiegać się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz w oparciu o umowę współpracy zawartą pomiędzy sobą w celu wspólnego udzielania świadczeń łącznej populacji świadczeniobiorców do nich zadeklarowanych, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Każdy ze świadczeniodawców będący stroną umowy o współpracy, o której mowa w ust. 3, składając wniosek o zawarcie umowy w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz, zobowiązany jest do jej dołączenia do tego wniosku.
5. Treść umowy o współpracy, o której mowa w ust. 3, określa w szczególności:
 - 1) dane świadczeniodawców POZ zawierających umowę o współpracy;
 - 2) dane o miejscach udzielania świadczeń ambulatoryjnych (co najmniej 1 miejsce udzielania świadczeń dla populacji świadczeniobiorców nie przekraczającej liczby 25 000 osób);
 - 3) obowiązki stron umowy pozwalające na zrealizowanie zadań będących przedmiotem umowy w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym zarządzeniu;
 - 4) zasady przekazywania pomiędzy świadczeniodawcami poz (stronami umowy o współpracy) danych o zrealizowanych świadczeniach w celu ich wykorzystanie do dalszego leczenia świadczeniobiorcy.

6. Nie dopuszcza się podzlecania realizacji zadań nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ innym świadczeniodawcom.

§ 31.

Finansowanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz

1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz finansowane są zgodnie z ustaloną roczną stawką kapitulacyjną określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia.
2. W stosunku do konkretnego świadczeniobiorcy stawka kapitulacyjna, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla liczebności łącznej populacji objętej opieką, z uwzględnieniem umów współpracy pomiędzy świadczeniodawcami, o których mowa w § 30 ust. 3 zarządzenia:
 - 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. Kapitulacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje zrealizowanych w okresie sprawozdawczym przez lekarzy i pielęgniarki świadczeń, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.
4. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych dla świadczeń, o których mowa w ust. 3, określa załącznik nr 1 do zarządzenia.
5. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
 - 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitulacyjną stanowi iloczyn liczby świadczeniobiorców objętych opieką i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitulacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem zasad określonych w ust. 2. Iloczyn stawki miesięcznej i współczynnika korygującego wyrażony jest w złotych i groszach.
 - 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, 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 wskazują na potrzebę jej ponownej weryfikacji;
- 4) w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru;
- 5) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 3, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę do 10-tego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni;
- 6) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 5, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu: po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek;
- 7) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków.

§ 32.

Nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska lub pielęgniarska w poz

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej lub pielęgniarskiej w poz są świadczenia, o

których mowa w § 27 udzielane w ambulatorium, odpowiednio przez lekarza albo pielęgniarkę zgodnie z posiadanymi kompetencjami.

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 ze świadczeniobiorcą lub telefonicznie;
 - 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone podopiecznym przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji,
 - 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 lub pielęgniarskiej w poz składa wraz z wnioskiem o zawarcie umowy oświadczenia świadczeniodawców poz, którzy cedują temu świadczeniodawcy, prawo do objęcia opieką świadczeniobiorców zadeklarowanych u nich do lekarzy poz i pielęgniarek poz. Wzór oświadczenia stanowi **załącznik nr 8** do zarządzenia.
5. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza lub pielęgniarki – w trakcie realizacji świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej lub 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 lub pielęgniarskiej w poz organizuje miejsca udzielania świadczeń z zaleceniem zachowania spójności obszaru zamieszkania świadczeniobiorców objętych jego opieką.

§ 33.

Finansowanie świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej lub pielęgniarskiej w poz

1. Świadczenia w zakresach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej

lub pielęgniarskiej w poz finansowane są zgodnie z ustaloną roczną stawką kapitacyjną określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia.

2. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje zrealizowanych w okresie sprawozdawczym przez lekarzy i pielęgniarki świadczeń, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.
3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 2 określa załącznik nr 1 do zarządzenia.
4. Należność z tytułu realizacji świadczeń lekarskich lub pielęgniarskich w nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opiece lekarskiej lub pielęgniarskiej wypłacana jest, adekwatnie do przedmiotu umowy, raz w miesiącu na podstawie wystawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązują następujące zasady rozliczeń:
 - 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi iloczyn liczby świadczeniobiorców objętych opieką i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej;
 - 2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1 ustalana przez Fundusz na podstawie weryfikacji listy świadczeniobiorców zadeklarowanych, odpowiednio do przedmiotu umowy, do lekarza poz lub pielęgniarki poz danego świadczeniodawcy poz albo lekarzy poz lub pielęgniarek poz tych świadczeniodawców poz, którzy złożyli danemu świadczeniodawcy, wraz z informacją o listach zadeklarowanych świadczeniobiorców, oświadczenia, o których mowa w § 32 ust. 4;
 - 3) listy, o których mowa w pkt 2, podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz na zasadach określonych w § 18 ust. 5 pkt 3 - 6;
 - 4) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę do 10-tego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni;
 - 5) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 4, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu: po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia

rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje wydrukowany rachunek;

- 6) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów będących podstawą wystawienia rachunków..

§ 34.

Nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska lub pielęgniarska w poz

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej lub pielęgniarskiej w poz są świadczenia, o których mowa w § 27 realizowane w domu świadczeniobiorcy odpowiednio przez lekarza albo pielęgniarkę zgodnie z posiadanymi kompetencjami. Przepisy § 32 i 33 stosuje się odpowiednio. Świadczeniodawca udzielający świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej lub pielęgniarskiej w poz realizuje umowę przy wykorzystaniu posiadanych środków komunikacji.
2. Środki komunikacji, o których mowa w ust. 2, nie muszą spełniać norm określonych dla środków transportu sanitarnego.

Rozdział 9

Transport sanitarny w poz

§ 35.

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz są świadczenia opieki zdrowotnej polegające na zapewnieniu świadczeniobiorcom, ze wskazań medycznych, przewozu środkiem transportu sanitarnego drogowego (ambulansem) do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, a w przypadku świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym, także z powrotem do miejsca zamieszkania (pobytu) świadczeniobiorcy, realizowanego na zasadach określonych przepisami art. 41 ust 1 i 2 ustawy oraz § 4 ust. 2 Rozporządzenia MZ, obejmujące:
 - 1) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym;
 - 2) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym;

- 3) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem;
 - 4) przewóz, z miejsca zamieszkania (pobytu), celem wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, i z powrotem;
 - 5) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.
2. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz obejmuje również świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w poz, określone w § 2 pkt 14, w tym:
- 1) przewóz od granicy Rzeczypospolitej Polskiej do miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, w przypadku, gdy z przyczyn losowych, niewynikających z wyboru świadczeniobiorcy, korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a jego stan zdrowia w momencie uzyskania wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do miejsca zamieszkania (domu świadczeniobiorcy);
 - 2) przewóz od granicy Rzeczypospolitej Polskiej do najbliższego, ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, w przypadku, gdy z przyczyn losowych, niewynikających z wyboru świadczeniobiorcy, korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju a wypis ze szpitala następuje przed zakończeniem terapii i wymaga kontynuacji leczenia w kraju, oraz gdy nie istnieją medyczne przeciwwskazania do udzielenia świadczenia transportu sanitarnego poz;
 - 3) przewozy w celu zapewnienia ciągłości sprawowanej opieki specjalistycznej realizowane z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do najbliższego właściwego ze względu na zakres udzielanych świadczeń, świadczeniodawcy specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i z powrotem, w przypadku, gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca musi pozostawać pod stałą opieką danego

świadczeniodawcy i odległość pomiędzy miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy a tym świadczeniodawcą przekracza łącznie tam i z powrotem 120 km;

- 4) przewozy w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych realizowane z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do świadczeniodawcy wskazanego skierowaniem na transport sanitarny i z powrotem, w przypadku, gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca musi korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń opieki ambulatoryjnej, realizowanych jedynie przez niektórych świadczeniodawców we właściwym zakresie świadczeń i miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości przekraczającej łącznie tam i z powrotem 120 km, a ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy; przepis stosuje się odpowiednio dla możliwych do realizacji w warunkach ambulatoryjnych, procedur kwalifikacji wstępnej świadczeniobiorców do świadczeń wysokospecjalistycznych, realizowanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. Nr 139, poz. 1140).

§ 36.

Organizacja udzielania świadczeń transportu sanitarnego w poz

1. Świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcom dostępność do świadczeń transportu sanitarnego od poniedziałku do piątku, w godz. od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
2. Świadczenia transportu sanitarnego w poz, poza sytuacjami wymienionymi w § 35 ust 2 pkt 3 i 4, nie obejmują obowiązku zapewnienia transportu sanitarnego realizowanego przez świadczeniodawców w innych rodzajach świadczeń, zgodnie z obowiązującymi przepisami w ramach kompleksowości udzielania świadczeń.
3. Podmiot ubiegający się o zawarcie umowy sanitarnego udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz składa wraz z wnioskiem o zawarcie umowy, oświadczenia świadczeniodawców poz, którzy cedują temu świadczeniodawcy

prawa do objęcia przedmiotową opieką świadczeniobiorców zadeklarowanych u nich do lekarzy poz. Wzór oświadczenia stanowi **załącznik nr 8** do zarządzenia.

4. Świadczenia, o których mowa w § 35 ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz.
5. Świadczenia, o których mowa w § 35 ust. 2, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz, po uzyskaniu przez świadczeniobiorcę zgody na udzielenie świadczenia, wydanej przez do dyrektora właściwego terytorialnie Oddziału Funduszu.
6. O wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w poz występuje, w uzgodnieniu z lekarzem poz, do dyrektora właściwego terytorialnie Oddziału Funduszu:
 - 1) świadczeniobiorca lub członek rodziny świadczeniobiorcy po uzyskaniu stosownego zaświadczenia (sporządzonego w języku polskim) od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych, w przypadkach określonych w § 35 ust. 2 pkt 1 i 2;
 - 2) świadczeniobiorca lub jego opiekun prawny, po uzyskaniu stosownego zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczeń, w przypadkach określonych w § 35 ust. 2 pkt 3 i 4.
7. Wzór wniosku o zlecenie transportu sanitarnego „dalekiego” w poz, określa **załącznik nr 9** do zarządzenia.
8. Zlecenie na przewóz świadczeniobiorcy w transporcie sanitarnym w poz zawiera następujące dane:
 - 1) dane zleceniodawcy,
 - 2) dane realizatora zlecenia (nazwa, adres, telefon)
 - 3) dane osobowe świadczeniobiorcy: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, numer dokumentu uprawniającego do świadczeń;
 - 4) dane dotyczące przewozu:
 - a) datę realizacji zlecenia i warunki wykonania przewozu (pozycja siedząca, leżąca, inne wynikające ze stanu zdrowia świadczeniobiorcy),
 - b) wskazania do realizacji przewozu:
 - konieczność natychmiastowego podjęcia leczenia
 - zachowanie ciągłości leczenia

- inna przyczyna medyczna
 - c) docelowe miejsce przewozu i czy z transportem powrotnym
 - d) informację, czy docelowe miejsce przewozu jest najbliższym miejscem udzielania świadczeń właściwym ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy a jeśli nie to wskazanie najbliższego;
- 5) dane o stanie zdrowia świadczeniobiorcy (podawane przy „innej przyczynie medycznej” jako wskazaniu do realizacji przewozu):
- a) wskazanie medyczne, według wykazu chorób określonego przepisami § 4 ust. 2 Rozporządzenia MZ
 - b) dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca samodzielne poruszanie się i korzystanie ze środków transportu publicznego oraz wymagająca przy poruszaniu się korzystania przez świadczeniobiorcę ze stałej pomocy innej osoby,
 - c) osoba zdolna do samodzielnego poruszanie się i nie wymagająca korzystania ze stałej pomocy innej osoby, ale wymagająca przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych;
 - 6) rodzaj przewozu: transport zwykły albo daleki.
9. W przypadku, gdy zlecenie na wykonanie przewozu środkiem transportu sanitarnego w poz dotyczy innej przyczyny medycznej niż konieczność natychmiastowego podjęcia leczenia lub zachowanie ciągłości leczenia i w dokonanej przez lekarza poz kwalifikacji do uzyskania świadczenia świadczeniobiorca jest osobą spełniającą przesłanki, o których mowa w ust. 8 pkt 5 lit.a i c, świadczeniodawca jest zobowiązany do poinformowania świadczeniobiorcy o konieczności samodzielnego pokrycia przez niego 60% ceny świadczenia ustalonej na podstawie cennika obowiązującego u świadczeniodawcy realizującego świadczenie transportu sanitarnego.
10. W przypadkach, gdy miejsce udzielenia świadczenia wskazane skierowaniem na transport sanitarny w poz, 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.

O konieczności poniesienia tych kosztów informuje świadczeniobiorcę świadczeniodawca wystawiający zlecenie wykonania przewozu.

11. Świadczeniodawca udzielający świadczeń transportu sanitarnego w poz prowadzi dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w szczególności – Książkę wyjazdów.
12. Dokumentacja, o której mowa w ust. 11, zawiera w szczególności:
 - 1) dane osobowe świadczeniobiorcy: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, numer dokumentu uprawniającego do świadczeń;
 - 2) dane zleceniodawcy,
 - 3) dane dotyczące zlecenia na przewóz: datę przyjęcia zlecenia, docelowe miejsce i przyczyna transportu;
 - 4) datę realizacji zlecenia i rodzaj transportu (zwykły, daleki);
 - 5) liczbę przejechanych kilometrów.
13. Zlecenia stanowiące podstawę realizacji przewozów podlegają włączeniu do prowadzonej przez świadczeniodawcę dokumentacji i podlegają warunkom kontroli realizacji umów.

§ 37.

Finansowanie świadczeń transportu sanitarnego w poz

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

- 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi iloczyn liczby świadczeniobiorców objętych opieką i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej;
- 2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1 ustalana przez Fundusz na podstawie weryfikacji listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarzy poz u świadczeniodawcy poz lub lekarzy poz tych świadczeniodawców poz, którzy złożyli danemu świadczeniodawcy, wraz z informacją o listach zadeklarowanych świadczeniobiorców, oświadczenia, o których mowa w § 36 ust. 3;
- 3) listy, o których mowa w pkt 2, podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz na zasadach określonych w § 18 ust. 5 pkt 3 - 6;
- 4) należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, stanowi suma:
 - a) iloczynu: liczby przewozów zrealizowanych na odległość 121 - 400 km i ryczału za przewóz, o którym mowa w ust. 2 pkt 1;
 - b) iloczynów: iloczynu liczby przewozów zrealizowanych na odległość powyżej 400 km i ryczału, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 oraz iloczynu liczby przejechanych kilometrów ponad odległość 400 km i ryczału, o którym mowa w ust. 2 pkt 2.

Rozdział 10

Zawieranie umów w poz

§ 38.

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.

§ 39.

1. Wnioskujący składa wniosek, którego wzór stanowi **załącznik nr 10** do zarządzenia do Oddziału Funduszu właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń, w sposób określony przez ten Oddział Funduszu.

2. Wnioski o zawarcie umów mogą być składane w ciągu całego roku kalendarzowego.
3. Wnioski składać należy do 10 dnia każdego miesiąca. Złożone prawidłowo wnioski rozpatrzone będą w czasie umożliwiającym zawarcie umowy od pierwszego dnia kolejnego okresu sprawozdawczego. Jeżeli wnioskujący składa wniosek drogą pocztową, uważa się, że termin został zachowany, jeżeli data stempla pocztowego (data nadania) nie jest późniejsza niż data 10. dnia danego miesiąca, w którym składany jest wniosek.
4. Złożenie wniosku jest równoznaczne z:
 - 1) oświadczeniem wnioskującego o zapoznaniu się z zapisami zarządzenia;
 - 2) potwierdzeniem przez wnioskodawcę prawdziwości danych zawartych w złożonym wniosku;
 - 3) oświadczeniem o posiadaniu tytułu prawnego do pomieszczeń oraz spełnieniu wymogów lokalowych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których będą udzielane świadczenia w ramach zawartej umowy z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa;
 - 4) oświadczeniem o posiadaniu tytułu prawnego do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej koniecznych dla prawidłowego sposobu udzielania świadczeń, stanowiących wyposażenie pomieszczeń, o których mowa w pkt 3;
 - 5) spełnienia warunku określonego w art. 132 ust. 3 ustawy.

§ 40.

1. Wnioskujący składa wniosek w formie pisemnej i elektronicznej.
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 podwykonawstwa, gdy w szczegółowych warunkach umów lub wzorze umowy, dopuszczone jest zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

- 3) wykaz personelu z opisem kompetencji, w tym personelu podwykonawcy w przypadku podzlecenia zakresu świadczeń;
 - 4) wykaz sprzętu, w tym sprzętu podwykonawcy w przypadku podzlecenia zakresu świadczeń;
 - 5) wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, w tym podwykonawcy;
 - 6) oferta rzeczowa dla przedmiotu postępowania w miejscach udzielania świadczeń, w tym:
 - a) informacja o zakresie rzeczowym wniosku,
 - b) wskazanie potencjału wykonawczego na podstawie wykazów określonych w pkt 2 – 4,
 - c) harmonogram udzielania świadczeń,
 - d) harmonogram pracy personelu lub jego ogólną dostępność godzinową;
 - 7) ankiet dotyczących danego przedmiotu postępowania;
 - 8) dokumentów opisanych w § 41.
4. Wniosek w formie pisemnej stanowi wydruk z aplikacji ofertowej zgodny z **załącznikiem nr 10** do zarządzenia wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 3 pkt 8.
 5. W przypadku, gdy w dniu składania wniosku oddział wojewódzki Funduszu posiada w swoim systemie informatycznym informacje, o których mowa w ust. 3 pkt 2 – 5, pkt 6 lit.b,c,d i pkt 7, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, dyrektor Oddziału Funduszu dopuszcza złożenie wniosku w części określonej w ust. 3 pkt 6 lit.a oraz pisemnego oświadczenia, określonego w **załączniku nr 11** do zarządzenia.
 6. W przypadku wystąpienia zmian w danych, o których mowa w ust 5, świadczeniodawca zobowiązany jest do aktualizacji tych danych w sposób określony przez Fundusz.

§ 41.

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 publicznych 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,
- b) w przypadku świadczeniodawców prowadzących działalność gospodarczą – aktualne zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru przedsiębiorców;
- 3) kopia obowiązującego statutu;
- 4) kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy. Świadczeniodawca, który nie posiada umowy z Oddziałem Funduszu może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument stwierdzający (oświadczenie świadczeniobiorcy), że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej spełniająca wymogi określone przez Fundusz zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy;
- 5) wykaz podwykonawców stanowiący **załącznik nr 12** do zarządzenia oraz kopie zawartych z nimi umów (bez postanowień określających finansowanie) albo wzory umów z podwykonawcami, łącznie ze zobowiązaniem się do ich zawarcia, zawierające zastrzeżenia o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z wnioskującym, o ile przewiduje on udział podwykonawców w realizacji umowy;
- 6) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskującego, w szczególności do złożenia wniosku, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania wnioskującego wynika z dokumentów przedstawionych wraz z wnioskiem – w przypadku, gdy wnioskujący reprezentowany jest przez pełnomocnika;

- 7) o inne dokumenty lub oświadczenia, jeżeli obowiązek ich dołączenia do wniosku określony został w zarządzeniu.
2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, uznaje się za ważne w przypadku, gdy data ich wystawienia nie będzie wcześniejsza niż na 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków.
3. W przypadku wnioskodawców, którzy:
 - 1) w dniu złożenia wniosku są świadczeniodawcami realizującymi umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna,
 - 2) złożyli oferty o zawarcie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w innych rodzajach świadczeń, lub
 - 3) są świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w innych rodzajach świadczeń- i w związku tym Oddział Funduszu posiada dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 1 - 3, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, wnioskujący może złożyć oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w **załączniku nr 13** do zarządzenia.
4. Kserokopie dokumentów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń w imieniu wnioskującego.
5. Oddział Funduszu może żądać przedstawienia oryginału dokumentu w przypadku, gdy kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej zgodności z oryginałem, a Oddział Funduszu nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.
6. W przypadku złożenia przez wnioskującego oryginalnych dokumentów Oddział Funduszu zwraca je na wniosek świadczeniodawcy, pod warunkiem dostarczenia przez niego kserokopii tych dokumentów poświadczonych zgodnie z ust. 3.

§ 42.

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 świadczeń poz będących przedmiotem wniosku i umowy,
- 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 § 41;
- 8) umieszczenia na kopercie lub paczce, o której mowa w pkt 7, wydruku komputerowego pod nazwą „Oznaczenie wniosku”, którego wzór stanowi **załącznik nr 14** do zarządzenia.

§ 43.

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.

§ 44.

1. Wnioskujący może złożyć, w danym Oddziale Funduszu tylko jeden wniosek dotyczący danych 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 dane świadczenia poz. Wnioski składa się w takim przypadku w Oddziale Funduszu właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń.
3. Wnioskujący spełniający wymogi świadczeniodawcy dla wielu świadczeń poz może złożyć kilka wniosków dotyczących różnych świadczeń poz o dla, których zarządzenie określa przedmiot umowy.

§ 45.

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

§ 46.

1. W przypadku wezwania wnioskującego do usunięcia braków we wniosku wykonuje on wskazane czynności w terminie określonym w wezwaniu.
2. Jeżeli wnioskujący, wezwanie Oddziału Funduszu do uzupełnienia braków wskazane w ust. 1, wykonuje 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”.

§ 47.

1. Rozpatrzenie wniosku złożonego przez podmiot, który dotychczas nie realizował umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, 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.

§ 48.

Przy jednoczesnym rozpatrywaniu wniosków złożonych przez różnych świadczeniodawców poz realizujących umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz i świadczeń pielęgniarki poz, o zawarcie lub przedłużenie na kolejne okresy umów o udzielanie świadczeń:

- 1) nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej w poz lub nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w poz,

- 2) nocnej i świątecznej opieki medycznej w poz,

- dotyczących tej samej populacji świadczeniobiorców, z uwagi na kompleksowość realizowanego świadczenia Fundusz zastrzega sobie prawo pozytywnej oceny wniosku o zawarcie umowy, o którym mowa w pkt 2.

§ 49.

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.

§ 50.

Wnioskodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, przed podpisaniem umowy świadczeniodawca przesyła do oddziału Funduszu, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, podpisany przez osoby upoważnione, wniosek w sprawie rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 16** do zarządzenia. Wniosek ten stanowić będzie podstawę do wpisania numeru rachunku bankowego świadczeniodawcy do umowy.

Rozdział 11

Postanowienia końcowe

§ 51.

1. Deklaracje wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz złożone przed dniem 1 października 2004 r. zachowują ważność.
2. Deklaracje wyboru lekarza poz albo pielęgniarki poz, którzy w dniu wejścia w życie zarządzenia mieli utworzone listy świadczeniobiorców u więcej niż jednego świadczeniodawcy, zachowują ważność do czasu dokonania przez świadczeniobiorcę ponownego wyboru odpowiednio lekarza poz albo pielęgniarki poz, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2010 r.
2. W okresie, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia dostępności do świadczeń zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez podjęcie działań zmierzających do zachowania normy dotyczącej liczby świadczeniobiorców, o której mowa odpowiednio w § 12 ust.1 oraz w § 16 ust. 1

§ 52.

Z dniem 31 grudnia 2009 r. traci moc zarządzenie Nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zmienione zarządzeniem Nr 12/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, a następnie zarządzeniem Nr 27/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 czerwca 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna i zarządzeniem Nr 36/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

§ 53.

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

§ 54.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Jacek Paszkiewicz