

ZARZĄDZENIE Nr 77/2015/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 19 listopada 2015 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 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 2015 r. poz. 581, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

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

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **aplikacja obsługująca postępowanie** – aplikacja udostępniana przez Narodowy Fundusz Zdrowia w celu przygotowania formularza wniosku;
- 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) **indywidualny WRN** – indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów określony w przepisach wydanych na podstawie art. 32a ust. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 5) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** – dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365 i 1569.

- 6) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu udzielania świadczeń określonego zakresu;
- 7) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 8) **Ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1400 i 1628);
- 9) **porada lekarska** – świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 części I załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia, o którym mowa w pkt 14, przeprowadzone zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w niniejszym zarządzeniu, obejmujące:
 - a) badanie przedmiotowe, lub
 - b) badanie podmiotowe, lub
 - c) świadczenia zabiegowe, lub
 - d) badania diagnostyczne niezbędne dla postawienia diagnozy lub kontynuacji prowadzonego przez lekarza procesu leczenia, lub
 - e) ordynację leków;
- 10) **Portal Narodowego Funduszu Zdrowia** – informatyczne środowisko komunikacji, określone w zarządzeniu Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2009 r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia (z późn. zm.), przeznaczone do wymiany informacji między użytkownikami (wnioskujący, oferenci, świadczeniodawcy realizujący umowy, podwykonawcy, apteki), a Funduszem;
- 11) **poświadczenie** – dokument, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, potwierdzający uprawnienia świadczeniobiorcy do korzystania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 12) **poz** – podstawową opiekę zdrowotną;
- 13) **regulamin techniczny przygotowania wniosku** – zasady zastosowania aplikacji (w tym Portalu NFZ i aplikacji obsługującej postępowanie w sprawie zawarcia umów) oraz sposób przygotowania formularza wniosku;

- 14) **rozporządzenie MZ** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1248 oraz z 2014 r. poz. 1440 i 1914);
- 15) **świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia** – traktowany jako jedno świadczenie cykl udokumentowanych procedur medycznych określonych w części II „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia” załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ;
- 16) **ustawa** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 17) **transport sanitarny w poz** – świadczenie gwarantowane polegające na zapewnieniu świadczeniobiorcom przewozu środkiem transportu sanitarnego do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem, w przypadkach określonych przepisami art. 41 ust. 1 i 2 ustawy 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;
- 18) **transport sanitarny „daleki” w poz** – transport sanitarny w poz realizowany wyłącznie w sytuacjach określonych § 29 ust. 2;
- 19) **uprawnienia do świadczeń** – uprawnienia świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 20) **wniosek** – wniosek osoby ubiegającej się o zawarcie umowy, o której mowa w § 4;
- 21) **wnioskujący** – świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. a i b ustawy, ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie poz, a w przypadku wniosku o zawarcie umowy na świadczenia transportu sanitarnego w poz – podmiot, o którym mowa w art. 161c ust. 1 ustawy;
- 22) **wskaźnik wykonania badań diagnostycznych (WWBD)** – począwszy od IV kwartału 2015 r., wyliczany przez Fundusz półrocznie dla celów rozliczeń ze świadczeniodawcą na podstawie rocznej stawki kapitałowej, wskaźnik poziomu wykorzystania badań diagnostycznych pozostających w zakresie zadań lekarza poz w procesie diagnostyki i leczenia realizowanych w ramach umowy;
- 23) **wskaźnik wykonania badań diagnostycznych progowy (WWBDp)** – ustalana przez Fundusz półrocznie, na podstawie analizy wartości WWBD

u świadczeniodawców w dwóch kwartałach poprzedzających o jeden kwartał okres, do którego ma zastosowanie, dominująca wartość punktowa wskaźnika zawarta w przedziale wartości WWBD najczęściej występujących, stosowana w procesie rozliczeń na podstawie rocznej stawki kapitałowej, jako norma minimalna kwalifikująca do zastosowania przy rozliczeniach wyższej wartości stawki, o której mowa w Lp. 1.1b załącznika nr 1 do zarządzenia;

24) **uśredniony wskaźnik rozpoznawania nowotworów (uśredniony WRN)** – wyliczana przez Fundusz wartość liczbowa określająca skuteczność diagnoz poprzedzających wydanie kart przez lekarzy poz udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy, stanowiąca podstawę do rozliczania świadczeń związanych z ich wydaniem. W sytuacji, gdy lekarz poz jest jednocześnie świadczeniodawcą, uśredniony WRN równy jest indywidualnemu WRN;

25) **zakres świadczeń** – 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. Użyte w zarządzeniu określenia, inne niż wymienione w ust. 1, 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. 1. Celem postępowania, o którym mowa w § 1, jest wyłonienie podmiotów, które będą udzielały świadczeń poz.

2. Z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172), w przypadku, gdy wnioskującym jest:

- 1) lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, wniosek może złożyć wyłącznie wspólnie z:
 - a) lekarzem posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
 - b) lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
 - c) lekarzem posiadającym specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
 - d) lekarzem posiadającym specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub

- e) lekarzem posiadającym specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii;
- 2) lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, wniosek może złożyć wyłącznie wspólnie z:
 - a) lekarzem posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
 - b) lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
 - c) lekarzem posiadającym specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
 - d) lekarzem posiadającym specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub
 - e) lekarzem posiadającym specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.

§ 4. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi realizacja świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu MZ, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych albo w środowisku nauczania i wychowania, finansowanych przez Fundusz.

2. Stosownie do przedmiotu umowy, świadczeniodawca obowiązany jest do informowania świadczeniobiorców o świadczeniach gwarantowanych udzielanych w ramach programów profilaktycznych. W tym celu świadczeniodawca umieszcza w miejscu udzielania świadczeń, zaproszenie skierowane do świadczeniobiorców spełniających wymagania do udziału w programie, wraz z krótką charakterystyką świadczenia oraz wskazaniem zasad jego realizacji.

3. Wysokość kapitacyjnych stawek rocznych oraz ceny pozostałych jednostek rozliczeniowych dla poszczególnych zakresów świadczeń określonych przedmiotem umowy, określa Prezes Funduszu.

4. Odpowiednio do przedmiotu umowy, jednostki rozliczeniowe poszczególnych świadczeń oraz ceny odpowiadających im jednostek w okresie rozliczeniowym od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 grudnia 2016 r. określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

5. Do określenia warunków finansowania świadczeń na kolejny okres rozliczeniowy stosuje się § 32 Ogólnych warunków umów.

6. Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poz jest określony w załączniku nr 2 do zarządzenia.

7. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 5. 1. W rodzaju świadczeń poz wyodrębnia się następujące przedmioty wniosku i umowy, o której mowa w § 4:

- 1) świadczenia lekarza poz;
- 2) świadczenia pielęgniarki poz;
- 3) świadczenia położnej poz, w tym - pod warunkiem spełnienia wymagań do realizacji - świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy;
- 4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania, zwane dalej „świadczeniami pielęgniarki szkolnej”;
- 5) świadczenia transportu sanitarnego w poz.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu WE nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady 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., z późn. zm.¹⁾) oraz art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem umów objęte są 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 rodzaju poz obejmują świadczenia z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych oraz pediatrii, ukierunkowane na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację świadczeniobiorcy podczas choroby, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, stosownie do przedmiotu umowy, udzielane są w sposób kompleksowy; w trakcie udzielania tych świadczeń, świadczeniodawca zapewnia realizację zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 55 ust. 6 ustawy; w przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz, świadczenia udzielane są z zachowaniem wymagań określonych w § 8 ust. 3 Ogólnych warunków umów.

¹⁾ Wymienione rozporządzenie zostało zmienione: rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. W. L 329 z 17.12.2003 r., str. 1-270), rozporządzeniem Komisji (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) oraz dyrektywy 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące procedur udzielania zamówień publicznych w zakresie zmiany CPV (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. U. L 74 z 15.3.2008, str. 1-375) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 596/2009 z dnia 18 czerwca 2009 r. dostosowującym do decyzji Rady 1999/468/WE niektóre akty podlegające procedurze, o której mowa w art. 251 Traktatu, w zakresie procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Dostosowanie do procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Część czwarta (Dz.U. L 188 z 18.7.2009, str. 14-92).

3. Świadczeniodawcy, posiadający umowy zawarte w różnych zakresach świadczeń, udzielający świadczeń temu samemu świadczeniobiorcy, obowiązani są do współpracy i bieżącej wymiany informacji istotnych dla przebiegu procesu terapeutycznego u świadczeniobiorcy.

§ 7. 1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, obowiązany jest spełniać, odpowiednio do przedmiotu umowy, wymagania określone w rozporządzeniu MZ, w niniejszym zarządzeniu oraz przepisach odrębnych.

2. Wymóg spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy wszystkich miejsc udzielania świadczeń, zgłaszanych przez świadczeniodawcę we wniosku o zawarcie umowy.

§ 8. 1. Świadczeniodawca - każdorazowo przed przyjęciem deklaracji wyboru oraz przy udzielaniu świadczeń - obowiązany jest do potwierdzania, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy, uprawnień do świadczeń świadczeniobiorcy.

2. Potwierdzanie uprawnień do świadczeń, o których mowa w ust. 1, dokonywane jest z wykorzystaniem usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, zwanej dalej „usługą e-WUŚ” udostępnionej przez Fundusz, a w przypadku braku potwierdzenia – dokumentu okazanego przez świadczeniobiorcę albo złożonego oświadczenia, zgodnie z przepisami art. 50 ust. 6 –9 ustawy.

3. Jeżeli z przyczyn technicznych nie jest możliwe dokonanie potwierdzenia z wykorzystaniem usługi e-WUŚ, świadczeniodawca obowiązany jest umożliwić świadczeniobiorcy potwierdzenie prawa do świadczeń w sposób określony w art. 50 ust. 6 ustawy.

4. Świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ oraz dopełnienia należytej staranności w celu zapewnienia realizacji uprawnień świadczeniobiorców określonych w art. 50 ust. 3 ustawy.

5. W sytuacji udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń profilaktycznych w profilaktyce chorób układu krążenia, profilaktyce gruźlicy lub profilaktyce raka szyjki macicy, przed rozpoczęciem udzielania świadczeń świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami określonymi odpowiednio w rozporządzeniu MZ lub przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych.

§ 9. 1. Świadczenia gwarantowane w rodzaju poz udzielane są:

1) w przypadku świadczeń, o których mowa w § 5 ust. 1:

- a) pkt 1-3, osobom znajdującym się na listach świadczeniobiorców lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, które zgodnie z posiadanymi uprawnieniami złożyły u świadczeniodawcy odpowiednio, deklarację wyboru: świadczeniodawcy i lekarza poz, świadczeniodawcy i pielęgniarki poz, świadczeniodawcy i położnej poz, włączając w to zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji²⁾,
- b) pkt 4, osobom znajdującym się na odpowiednich listach uczniów,
- c) pkt 5, świadczeniobiorcom znajdującym się na listach lekarza poz.

2. Zapisy na listy świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a, świadczeniodawca prowadzi na bieżąco, uwzględniając prawa świadczeniobiorców, o których mowa w art. 28 ust. 1 - 1d ustawy oraz wymagania, o których mowa w art. 56 ustawy.

3. W przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców w dacie bieżącej realizacji umowy, jest deklaracja wyboru złożona w tym samym okresie przez osobę, dla której dane usługi e-WUŚ udostępnianej przez Fundusz, w dacie złożenia deklaracji nie potwierdzają uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a która swoje uprawnienia do świadczeń potwierdziła na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo wyłącznie przez złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy, wpis taki ważny jest przez trzy okresy sprawozdawcze od daty złożenia deklaracji.

4. W przypadku deklaracji złożonych przed datą, o której mowa w ust. 3 przepisy ust. 3 stosuje się odpowiednio. Okres finansowania w tych przypadkach liczony jest od daty potwierdzenia przez świadczeniobiorcę uprawnień do świadczeń na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo daty złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy.

5. Wykaz osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy stanowi integralną część umowy, o której mowa w § 4.

6. Świadczenia stanowiące przedmiot umowy udzielane są osobiście przez osoby znajdujące się w wykazie osób, o którym mowa w ust. 5.

²⁾ rozumie się przez to osoby uprawnione na podstawie przepisów, o których mowa w art. 5 pkt 32 ustawy, legitymujące się poświadczeniem wydanym przez właściwy terytorialnie Oddział Funduszu na podstawie zarejestrowanego formularza E106 lub E109, lub E120, lub E121, lub odpowiednio dokumentu S1 albo DA1, wydanych przez instytucję innego państwa członkowskiego UE/EFTA, oraz osoby posiadające wydany przez Narodowy Fundusz Zdrowia formularz E106 lub E109, lub E120, lub E121, lub E123 lub dokument S1 albo DA1 zamieszkujące w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA, którym zgodnie z obowiązującymi przepisami o koordynacji, tj. art. 18 i 27 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. L 166 z 30.04.2004, str. 1-123, z późn. zm.), pomimo zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej, jako państwie właściwym.

7. Poza świadczeniami, o których mowa w ust. 1, w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, w szczególności w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia, świadczeniodawca obowiązany jest udzielać świadczeń:

- 1) ubezpieczonym, nieznajdującym się na liście świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy;
- 2) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2-4 ustawy oraz osobom uprawnionym wyłącznie w związku z przepisami, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy.

8. Osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, niepodlegającym wpisowi na listę świadczeniobiorców u danego świadczeniodawcy, posiadającym tzw. kartę EKUZ lub certyfikat zastępczy, świadczeniodawca obowiązany jest udzielać świadczeń w sytuacjach uzasadnionych medycznie podczas planowanego pobytu.

9. Świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju poz obowiązany jest do informowania świadczeniobiorców o zakresie, zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 5 pkt 17a ustawy oraz w załączniku nr 5 do rozporządzenia MZ. Obowiązek, o którym mowa w zd. 1 realizowany jest w szczególności przez umieszczenie informacji w widocznym miejscu wewnątrz i na zewnątrz siedziby świadczeniodawcy (miejsca udzielania świadczeń).

Rozdział 3

Zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń

§ 10. 1. Dla celów rozliczania udzielonych świadczeń w rodzaju poz stosuje się:

- 1) kapitatcyjną stawkę roczną – dla świadczeń w zakresie poz udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarki, położnej lub jednostki transportu sanitarnego; w przypadku świadczeń lekarza poz, stawka kapitatcyjna obejmuje kwotę przeznaczoną na pokrycie kosztów badań diagnostycznych wykonywanych przez lekarza poz w procesie udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy; w przypadku świadczeń pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej, stawka kapitatcyjna obejmuje kwotę przeznaczoną na wzrost finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki, położne oraz higienistki szkolne, o którym mowa w § 16 ust. 1a Ogólnych warunków umów;

2) cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia lub przewozu) – w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę”.

2. Potwierdzenie udzielenia porady, wizyty lub innego świadczenia stanowi dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, a dla zrealizowanych zabiegów, wpisu w księdze zabiegowej, za wyjątkiem:

- 1) świadczeń, o których mowa w § 9 ust. 7 i 8 oraz w § 21 ust. 2-4, dla których dodatkowo wymagane jest potwierdzenie zrealizowania świadczenia przez osobę, której zostało udzielone, jej opiekuna prawnego lub faktycznego; oraz
- 2) porad lekarskich związanych z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, gdzie wymagane jest dołączenie do dokumentacji medycznej pacjenta kopii wydanej karty, w części dotyczącej zakresu lekarza poz.

3. Potwierdzenie wykonania badania diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej u świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń lekarza poz stanowi opis tego badania 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.

4. Potwierdzenie realizacji przewozu środkiem transportu sanitarnego stanowi dokonanie wpisu w księdze przewozów oraz specyfikacja przewozu.

5. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z metodami finansowania właściwymi dla zakresów świadczeń uwzględnionych w przedmiocie umowy.

6. Przy stosowaniu finansowania metodą kapitacyjną ustala się kapitacyjną stawkę roczną.

7. Rozliczanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną realizowane jest z zachowaniem następujących zasad:

- 1) należność z tytułu udzielonych świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców albo uczniów objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, jeśli zostały określone dla danego zakresu świadczeń. Iloczyn stawki miesięcznej i współczynnika korygującego wyrażony jest w złotych i groszach, z tym, że:

- a) w przypadku świadczeń lekarza poz, wysokość rocznej stawki kapitacyjnej stosowanej dla rozliczeń świadczeń uzależniona jest od poziomu wskaźnika wykonania badań diagnostycznych, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 22. Informacja o wartości rocznej stawki kapitacyjnej obowiązującej dla danego okresu sprawozdawczego oraz osiągniętej wartości WWBD, przekazywana jest świadczeniodawcy przez Fundusz. Wartość WWBD dla danego świadczeniodawcy, na podstawie danych o wykonanych badaniach diagnostycznych w dwóch kwartałach poprzedzających o jeden kwartał okres, w którym ma być stosowany, oraz przy uwzględnieniu dokonanej przez Fundusz wyceny punktowej poszczególnych badań, określonej w załączniku do umowy, wyliczana jest zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 1a do zarządzenia,
 - b) wartość WWBDp dla danego okresu, w którym będzie miał zastosowanie przy rozliczaniu świadczeń, ustalona przez Fundusz zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 23 i podlega publikacji na stronach internetowych Funduszu,
 - c) w przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej w ramach umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej, należność 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;
- 2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie listy świadczeniobiorców przekazanej przez świadczeniodawcę w formie bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej stosownie do przedmiotu umowy, na podstawie posiadanych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarstwa, położnej poz, a w przypadku świadczeń pielęgniarstwa szkolnej – listy uczniów szkół, z którymi świadczeniodawca nawiązał współpracę oraz listy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową w tych szkołach;
- 3) informacja o aktywnych deklaracjach wyboru lub uczniach objętych opieką pielęgniarstwa szkolnej, o której mowa w pkt 2, przekazywana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu nie później niż 7. dnia danego miesiąca w odniesieniu do bieżącego okresu sprawozdawczego;

- 4) Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką; przekazana informacja stanowi podstawę finansowania świadczeń w danym okresie sprawozdawczym; po przeprowadzeniu weryfikacji list świadczeniobiorców przez Fundusz listy te są ostateczne, za wyjątkiem sytuacji, w których wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli deklaracji lub świadczeń, których wykonanie miało wpływ na realizowany proces rozliczeń wskażą na konieczność ich ponownej weryfikacji;
- 5) w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z różnych województw, oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru;
- 6) w przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców po 31 grudnia 2015 r. jest deklaracja wyboru złożona w tym okresie przez osobę, dla której dane usługi Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców udostępnianej przez Fundusz w dacie złożenia deklaracji nie potwierdzą posiadania uprawnień do świadczeń, a która swoje uprawnienia do świadczeń potwierdziła na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo wyłącznie przez złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy, wpis taki ważny jest przez trzy okresy sprawozdawcze od daty złożenia deklaracji;
- 7) w sytuacji utraty przez świadczeniobiorcę uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych złożona przez niego deklaracja wyboru, o której mowa w art. 28 ustawy, stanowi podstawę rozliczenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowa opieka zdrowotna, w przypadku ponownego nabycia przez tego świadczeniobiorcę prawa do świadczeń; deklaracja wyboru, o której mowa w zd. pierwszym i pkt 6 zachowuje ważność;
- 8) w przypadku pozostawiania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców Fundusz ma prawo wstrzymania finansowania za wskazanych uczniów do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności;
- 9) obowiązek przekazywania informacji, o której mowa w pkt 3, nie dotyczy świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz; podstawę rozliczenia realizacji umów w tym zakresie, stanowią

zweryfikowane listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz danego świadczeniodawcy poz albo lekarzy poz tych świadczeniodawców poz, którzy złożyli danemu świadczeniodawcy wraz z informacją o listach zadeklarowanych świadczeniobiorców oświadczenie o objęciu opieką. Wzór oświadczenia o objęciu opieką określony jest w załączniku nr 3 do zarządzenia.

8. Rozliczanie świadczeń finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej realizowane jest z zachowaniem następujących zasad:

- 1) należność z tytułu udzielonych świadczeń ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę nie później niż 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy rozliczenie;
- 2) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 1, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu; Fundusz przekazuje świadczeniodawcy zwrotny komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń;
- 3) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów statystycznych będących podstawą wystawienia rachunków;
- 4) warunki określone w pkt 1-3 w zakresie podstawy rozliczeń nie dotyczą świadczeń transportu sanitarnego „dalekiego” w poz, dla których obowiązują odrębne zasady sprawozdawania świadczeń, określone w rozdziale 8.

9. Należności z tytułu udzielania świadczeń wypłacane są raz w miesiącu na podstawie wystawionych przez świadczeniodawcę rachunków. Wystawiony rachunek przesyłany jest w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia lub System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki w przypadku świadczeń rozliczanych za pośrednictwem tej aplikacji, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności jego pochodzenia, integralności treści i czytelności.

10. Świadczeniodawca obowiązany jest prowadzić i przekazywać elektronicznie sprawozdawczość z realizacji świadczeń, w oparciu o obowiązujące 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”*), określone przez Prezesa Funduszu, na

podstawie przepisów odrębnych. W przypadku konieczności zmiany definicji komunikatów XML w stosunku do definicji obowiązujących na dzień zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, Fundusz:

- 1) udostępnia na okres co najmniej 14 dni propozycje zmiany definicji komunikatów XML na stronie internetowej Funduszu z jednoczesnym powiadomieniem Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców o ich udostępnieniu drogą pocztową, za pomocą faksu lub poczty elektronicznej – w celu zasięgnięcia opinii;
- 2) zachowuje okres *vacatio legis*, uwzględniający co najmniej jeden pełen okres sprawozdawczy – z wyłączeniem zasad sprawozdawczości z realizacji świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia, które należy realizować on-line, w udostępnianym bezpłatnie przez Fundusz Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

11. W sytuacjach, w których wyniki dokonanej przez Oddział Funduszu weryfikacji kontrolnej deklaracji lub świadczeń wskazują na nieprawidłowości w zrealizowanym zgodnie z postanowieniami ust. 7 pkt 4 i ust. 8 pkt 2 procesie rozliczeń, wzywając świadczeniodawcę do korekty rozliczenia, Oddział Funduszu przedstawia pisemne uzasadnienie przyczyny korekty.

§ 11. 1. W przypadku:

- 1) zaprzestania przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz udzielania świadczeń u świadczeniodawcy;
- 2) zmiany miejsca udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę;
- 3) podziału, zmiany formy organizacyjno-prawnej świadczeniodawcy lub połączenia z innym świadczeniodawcą

- świadczeniodawca obowiązany jest poinformować o tej okoliczności właściwy Oddział Funduszu oraz zamieścić w miejscu udzielania świadczeń informację skierowaną do świadczeniobiorców.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do określonego lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz. Świadczeniodawca obowiązany jest do podjęcia działań zmierzających do zachowania zalecanych norm dotyczących liczby świadczeniobiorców; złożone uprzednio

deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę.

Rozdział 4

Świadczenia lekarza poz

§ 12. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz stanowi realizacja świadczeń określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ.

2. Świadczenia gwarantowane w ramach profilaktyki chorób układu krążenia realizowane zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ, dokumentowane są w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki oraz przez włączenie Karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy; wzór Karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia jest określony w załączniku nr 4 do zarządzenia.

3. Świadczenia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia, w tym:

- 1) wizyta patronażowa w okresie od 1. do 4. tygodnia życia dziecka;
- 2) badania lekarskie w 1. roku życia dziecka;
- 3) badania bilansowe w okresie od 2. do 19. roku życia

- realizowane są z uwzględnieniem wykonania w trakcie badań testów przesiewowych stosownych do wieku rozwojowego świadczeniobiorcy, w terminach i zgodnie ze standardem określonym w części III załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ.

4. W trakcie procesu diagnostyki leczenia świadczeniobiorcy lekarz poz, stosownie do stanu zdrowia i problemu zdrowotnego pacjenta, wykonuje niezbędne dla tych celów badania diagnostyczne, spośród badań określonych dla poz wykazem badań diagnostycznych wskazanych w części IV załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ.

5. W przypadku wniosków składanych do lekarza poz przez zadeklarowanych do niego świadczeniobiorców o zlecenie świadczenia transportu „dalekiego” w poz, w trybie i na zasadach określonych w rozdziale 8, lekarz ustala zasadność ich realizacji.

§ 13. 1. W przypadku uprawdopodobnionego postępowaniem diagnostycznym, podejrzenia wystąpienia u świadczeniobiorcy nowotworu złośliwego spośród określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy, lekarz poz wydaje świadczeniobiorcy kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego.

2. Wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego jest dokonywane z zastosowaniem aplikacji informatycznej (systemu informatycznego) udostępnionej przez Fundusz i sprawozdawane w formie porady lekarskiej. Wraz z informacją o udzielonej poradzie, o której mowa w zd. 1, świadczeniodawca sprawozdaje dane dotyczące wykonanej diagnostyki onkologicznej poprzedzającej wydanie karty, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

3. Informacja, o której mowa w ust. 2, przekazywana jest na zasadach określonych w § 10 ust. 10.

4. Fundusz informuje świadczeniodawcę i lekarzy poz udzielających świadczeń u tego świadczeniodawcy, za pośrednictwem udostępnionej aplikacji informatycznej, o wartościach indywidualnych WRN ustalonych dla poszczególnych lekarzy oraz o wartości uśrednionego WRN dla świadczeniodawcy, z zastrzeżeniem § 2 ust. 1 pkt 24 zd. drugie, obowiązujących dla następnego miesiąca.

5. Do czasu uzyskania przez Fundusz informacji o przekroczeniu przez lekarza poz liczby trzydziestu kart, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 5 wydanych świadczeniobiorcom, u których wykonano diagnostykę onkologiczną, nie określa się indywidualnych WRN.

6. Do czasu określenia przez Fundusz indywidualnego WRN, co najmniej dla jednego lekarza poz udzielającego świadczeń u świadczeniodawcy, dla tego świadczeniodawcy nie określa się uśrednionego WRN.

7. Wartość uśrednionego WRN stanowi iloraz liczby kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, wydanych przez lekarzy poz udzielających świadczeń u świadczeniodawcy, świadczeniobiorcom, u których w wyniku przeprowadzonej diagnostyki onkologicznej rozpoznano nowotwór złośliwy, o którym mowa w ust. 1, do liczby kart wydanych świadczeniobiorcom przez tych lekarzy, na których podstawie wykonano diagnostykę onkologiczną.

8. Uśredniony WRN na dany miesiąc Fundusz określa na podstawie danych z 12 miesięcy poprzedzających o dwa miesiące, miesiąc, dla którego wskaźnik jest wyliczany, z zastrzeżeniem ust. 6. W przypadku, gdy lekarz poz przekroczy liczbę trzydziestu kart wydanych świadczeniobiorcom, o których mowa w ust. 7, przed upływem 14 miesięcy od wystawienia pierwszej karty, do tego czasu określenie uśrednionego WRN następuje na podstawie dotychczasowych danych.

9. Wartość uśrednionego WRN dla świadczeniodawcy stanowi podstawę do rozliczenia świadczenia, o którym mowa w ust. 2.

10. W przypadku zaistnienia, związanej z wydawaniem kart diagnostyki i leczenia onkologicznego okoliczności, o której mowa w art. 32a ust. 9 ustawy, do dalszego ich wydawania stosuje się przepisy art. 32 ust. 13 i 14 ustawy.

11. W sytuacji, o której mowa w ust. 10, do czasu wydania przez lekarza poz kolejnych piętnastu kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, świadczeniobiorcom, u których wykonana została diagnostyka onkologiczna, wyliczenie uśrednionego WRN następuje na zasadach określonych w ust. 8.

12. W okresie posiadania przez lekarzy poz udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy, uprawnień do wydawania kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, świadczeniodawca, w zwyczajowo przyjęty sposób, powinien informować świadczeniobiorców o możliwości skorzystania ze świadczeń w placówkach świadczeniodawcy, a w szczególności umieścić wewnątrz budynku, w widocznych miejscach, przy imionach i nazwiskach lekarzy udzielających świadczeń, informacji o posiadaniu przez lekarza uprawnień do wydawania kart.

13. Realizując obowiązek, o którym mowa w ust. 12 świadczeniodawca obowiązany jest stosować wzór znaku graficznego, określony w załączniku nr 5a do zarządzenia.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

§ 14. 1. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza poz nie powinna przekraczać 2750 osób.

2. Lekarz poz, może obejmować świadczeniobiorców opieką na podstawie deklaracji wyboru wyłącznie u jednego świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń lekarza poz.

Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń lekarza poz

§ 15. 1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń lekarza poz stanowiących przedmiot umowy, w dniach i godzinach określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ, przestrzegając zasad organizacji udzielania świadczeń w nim określonych, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.

2. Świadczenia realizowane są w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi – przez porady udzielane w domu świadczeniobiorcy; dni i godziny przyjęć, w tym czas przeznaczony na realizację porad udzielanych w warunkach domowych, określa harmonogram pracy lekarza.

3. Harmonogram pracy świadczeniodawcy oraz harmonogram pracy lekarza, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz zmiany w tych harmonogramach świadczeniodawca składa do

Funduszu z wykorzystaniem Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia. Złożenie harmonogramów stanowi warunek zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Na świadczenia pozostające w zakresach zadań pielęgniarki poz, położnej poz i pielęgniarki szkolnej, lekarz poz wydaje skierowania. Wzór skierowania jest określony w załączniku nr 5 do zarządzenia.

5. Skierowanie, o którym mowa w ust. 4, w odniesieniu do populacji świadczeniobiorców zadeklarowanych jednocześnie do lekarza poz i pielęgniarki poz, lekarza poz i położnej poz oraz zadeklarowanych do lekarza poz i objętych opieką pielęgniarki szkolnej nie dotyczy świadczeniodawców realizujących umowy w obydwu zakresach świadczeń. Podstawę realizacji zleceń w zakresach świadczeń, o których mowa w zd. pierwszym, u tych świadczeniodawców stanowi opis zlecenia w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Pielęgniarki i położna udzielające świadczeń dokumentują wykonanie zlecenia zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach.

6. Lekarz poz jest uprawniony do wystawiania zadeklarowanym świadczeniobiorcom, na zasadach określonych w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydanych na podstawie art. 31d ustawy, 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 (wyłączenie nie dotyczy lekarzy poz spełniających jednocześnie wymagania kwalifikacyjne określone w ww. przepisach), a także na rehabilitację ogólnoustrojową w przypadkach zaostrzeń chorób przewlekłych oraz rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, realizowane w warunkach ośrodka/oddziału dziennego rehabilitacji.

7. Z zastrzeżeniem ust. 6, w sytuacji stwierdzenia u świadczeniobiorcy wady postawy kwalifikującej do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, których przyczyną są wady postawy, lekarz poz wystawia świadczeniobiorcy, odpowiednio do rozpoznania, skierowanie do poradni rehabilitacyjnej, ortopedycznej lub wad postawy.

8. 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.

9. Lekarz poz, w medycznie uzasadnionych przypadkach wynikających z prowadzonego przez niego procesu leczenia i diagnostyki, może kierować

świadczeniobiorcę na badania finansowane przez Fundusz na podstawie odrębnych umów zawartych ze świadczeniodawcami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i na zasadach w nich określonych.

10. W przypadku zlecenia przez lekarza poz świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 345), zlecenie winno pozostawać w zgodności z tymi przepisami oraz wystawiane jest na druku zgodnym ze wzorem określonym przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

Finansowanie świadczeń lekarza poz

§ 16. 1. Finansowanie świadczeń udzielonych przez lekarza poz na podstawie rocznej stawki kapitałowej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 7, z zastrzeżeniem ust. 2–4.

2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza poz, stawka kapitałowa korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do grupy wiekowej świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy, tj.:

- 1) osoba niewymieniona w pkt 6, w wieku od 0 do 6. roku życia – współczynnikiem 2,0;
- 2) osoba niewymieniona w pkt 6, w wieku od 7. do 19. roku życia – współczynnikiem 1,2;
- 3) osoba niewymieniona w pkt 6, w wieku od 20. do 39. roku życia – współczynnikiem 1,0;
- 4) osoba niewymieniona w pkt 6, w wieku od 40. do 65. roku życia – współczynnikiem 1,1;
- 5) osoba niewymieniona w pkt 6, w wieku powyżej 65. roku życia – współczynnikiem 2,0;
- 6) podopieczny DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – współczynnikiem 2,5.

3. Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące, odbywa się na podstawie bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na

podstawie złożonych przez świadczeniobiorców deklaracji wyboru świadczeniodawcy i lekarza poz.

4. Liczbę świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 2 pkt 6, potwierdza się nie rzadziej niż dwukrotnie (w styczniu i lipcu) w każdym roku, informacją o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej z tych jednostek; informacja, sporządzona zgodnie ze wzorem określonym w umowie, przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminach: do dnia 7 stycznia oraz do dnia 7 lipca każdego roku.

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

6. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 5, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 8 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 5, są określone w załączniku nr 1 do zarządzenia.

7. W przypadku porad, o których mowa w § 13 ust. 2, cena jednostkowa świadczenia korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do wartości uśrednionego WRN wyliczonego dla świadczeniodawcy, zgodnie z zasadami określonymi w § 13 ust. 4-11. W rozliczeniu obowiązują następujące wartości współczynników korygujących cenę porady związanej z wydaniem karty:

- 1) do czasu wyznaczenia wartości uśrednionego WRN – współczynnik 1,0;
- 2) przy wartości uśrednionego WRN nie niższej niż 1/5 – współczynnik 2,14;
- 3) przy wartości uśrednionego WRN nie niższej niż 1/8 i niższej niż 1/5 – współczynnik 1,28;
- 4) przy wartości uśrednionego WRN nie niższej niż 1/10 i niższej niż 1/8 – współczynnik 1,0;
- 5) przy wartości uśrednionego WRN nie niższej niż 1/12 i niższej niż 1/10 – współczynnik 0,57;
- 6) przy wartości uśrednionego WRN nie niższej niż wartość minimalna określona w przepisach wydanych na podstawie art. 32a ust. 18 ustawy i niższej niż 1/12 – współczynnik 0,28.

Rozdział 5

Świadczenia pielęgniarki poz

§ 17. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz stanowi realizacja świadczeń określonych w części I załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ.

2. 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; pielęgniarka poz włącza skierowanie do prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

3. Opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami, którzy ze względu na problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich realizowanych w warunkach domowych i nie są objęci na podstawie odrębnej umowy, świadczeniami pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, pielęgniarka poz sprawuje zgodnie z ustalonymi dla nich indywidualnymi planami opieki.

4. W sytuacji wystawienia przez pielęgniarkę poz zlecenia na świadczenia gwarantowane z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, zlecenie winno pozostawać w zgodności z tymi przepisami oraz jest wystawiane na druku zgodnym ze wzorem określonym w przepisach rozporządzenia wydanym na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

5. Sprawowanie przez pielęgniarkę poz opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami przebywającymi w domu pomocy społecznej (DPS) obejmuje:

- 1) współudział 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.

6. W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, wyłącznie w domu świadczeniobiorcy i jedynie na zlecenie lekarza poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, pielęgniarka poz pobiera materiały do badań diagnostycznych.

Świadczenie jest realizowane zgodnie z przekazanymi przez zleceniodawcę standardami jakości opracowanymi przez pracownię diagnostyczną, z którą zleceniodawca współpracuje oraz z zachowaniem zasad określonych w części I załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ.

7. Świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy, realizowane zgodnie z warunkami określonymi w części III załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ oraz w niniejszym zarządzeniu, są dokumentowane w ankiecie świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy, której wzór jest określony w załączniku nr 6 do zarządzenia.

8. Świadczenia w profilaktyce wieku rozwojowego u dzieci do ukończenia 6. roku życia, w tym:

- 1) wizyty patronażowe w okresie od 3. do 4. miesiąca życia i adekwatnie do potrzeb w 9. miesiącu życia;
 - 2) testy przesiewowe adekwatne do wieku rozwojowego dziecka
- pielęgniarka poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ.

9. Świadczenia w profilaktyce wieku rozwojowego dzieci i młodzieży objętych indywidualnym nauczaniem, o których mowa 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), pielęgniarka poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

§ 18. 1. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz nie powinna przekraczać 2750 osób.

2. Pielęgniarka poz, może obejmować świadczeniobiorców opieką na podstawie deklaracji wyboru wyłącznie u jednego świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz.

Organizacja udzielania świadczeń

i dostępność do świadczeń pielęgniarki poz

§ 19. 1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń stanowiących przedmiot umowy w dniach i godzinach oraz z uwzględnieniem zasad organizacji udzielania świadczeń określonych w części I załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.

2. Świadczenia pielęgniarские realizowane są w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi – w formie wizyt domowych. Dni i godziny przyjęć, w tym czas przeznaczony na realizację wizyt domowych, określa harmonogram pracy pielęgniarki.

3. Harmonogram pracy świadczeniodawcy oraz harmonogram pracy pielęgniarki, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz zmiany w tych harmonogramach świadczeniodawca składa do Oddziału Funduszu z wykorzystaniem Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia. Złożenie harmonogramów jest warunkiem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wykonywane są w godzinach dostępności do świadczeń pielęgniarki poz, zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania. Pielęgniarka poz dokumentuje wykonanie zlecenia zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach.

Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz

§ 20. 1. Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz na podstawie rocznej stawki kapitałowej realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 7, z zastrzeżeniem ust. 2–5.

2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do pielęgniarki poz, stawka kapitałowa korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej właściwej dla świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy:

- 1) osoba do 6. roku życia, nie wymieniona w pkt 4 - współczynnikiem 2,0;
- 2) osoba w wieku od 7. do 65. roku życia niewymieniona w pkt 4 –współczynnikiem 1,0;
- 3) osoba w wieku powyżej 65. roku życia niewymieniona w pkt 4 – współczynnikiem 2,0;
- 4) osoba przebywająca w DPS lub placówce socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – współczynnikiem 3,5.

3. Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące, odbywa się na podstawie informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie złożonych przez świadczeniobiorców deklaracji wyboru pielęgniarki poz.

4. Liczbę świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 2 pkt 4, potwierdza się nie rzadziej niż dwukrotnie (w styczniu i lipcu) w każdym roku, informacją o liczbie

świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej z tych jednostek; informacja, sporządzona zgodnie ze wzorem określonym w umowie, przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminie: do dnia 7 stycznia oraz do dnia 7 lipca każdego roku.

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

6. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 5, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 8 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 5, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

Rozdział 6

Świadczenia położnej poz

§ 21. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń położnej poz stanowi realizacja świadczeń określonych w części I załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ.

2. Wizyty patronażowe położnej poz obejmują opiekę nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu. Realizując opiekę, o której mowa w zd. 1, położna poz obowiązana jest do wykonania w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych od czterech do sześciu wizyt patronażowych.

3. Wizyty profilaktyczne położnej 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 porodu i rodzicielstwa, 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 obejmujący praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej),

b) wizyty w edukacji przedporodowej realizowane są przez położną poz, począwszy od 21. tygodnia ciąży do rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż:

- jeden raz w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 21. do 31. tygodnia ciąży,
- dwa razy w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 32. tygodnia ciąży do rozwiązania.

4. 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, zgodnie z zaleceniami w nim zawartymi.

5. Położna poz dokumentuje udzielane świadczenia zdrowotne w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Wizyty, o których mowa w ust. 2–4, dodatkowo potwierdza podpisem świadczeniobiorca (opiekun).

6. W sytuacji wystawienia zlecenia przez położną poz świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, zlecenie winno być zgodne z tymi przepisami oraz wystawiane jest na druku zgodnym ze wzorem określonym w przepisach rozporządzenia wydanego na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

7. Położna poz, pod warunkiem spełnienia wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, może uczestniczyć w realizacji Programu profilaktyki raka szyjki macicy przez wykonywanie pobrania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego w Programie.

8. Zasady realizacji świadczenia, o którym mowa w ust. 7 określone są w załączniku nr 6a do zarządzenia. Wykonanie świadczenia dokumentowane jest w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki oraz przez włączenie wydruku wyniku badania do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentki prowadzonej przez położną poz.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

§ 22. Zalecana liczba świadczeniobiorców, do których zalicza się kobiety oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2. miesiąca życia, objętych opieką przez jedną położną poz nie powinna przekraczać 6 600 osób.

Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń położnej poz

§ 23. 1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń stanowiących przedmiot umowy w dniach i godzinach oraz przestrzegając zasad organizacji udzielania świadczeń określonych w części I załącznika nr 3 do rozporządzenia MZ, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.

2. Świadczenia położnej realizowane są przez wizyty ambulatoryjne w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi – w formie wizyt domowych; dni i godziny przyjęć, w tym wizyt domowych, określa harmonogram pracy położnej.

3. Harmonogram pracy świadczeniodawcy oraz harmonogram pracy położnej, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz zmiany w tych harmonogramach świadczeniodawca składa do Funduszu z wykorzystaniem Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia. Złożenie harmonogramów stanowi warunek zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Świadczenia lecznicze realizowane na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, udzielane są w godzinach dostępności do świadczeń położnej poz zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

Finansowanie świadczeń położnej poz

§ 24. 1. Finansowanie świadczeń położnej poz na podstawie rocznej stawki kapitałowej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 7, z zastrzeżeniem ust. 2.

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

3. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 2, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 8 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 2 określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

Rozdział 7

Świadczenia pielęgniarki szkolnej

§ 25. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej stanowi realizacja świadczeń określonych w części I załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ.

2. Pielęgniarka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież szkolną począwszy od oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej, z wyłączeniem szkół dla dorosłych.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

§ 26. Liczba uczniów objęta opieką przez jedną pielęgniarkę szkolną ustalana jest odpowiednio do typów szkół określonych w części III załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ, zgodnie z zasadami określonymi w tych przepisach dla wymaganej dostępności personelu.

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

§ 27. 1. Pielęgniarka szkolna zapewnia dostępność do świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką, z uwzględnieniem zasad określonych w § 26 oraz planu godzin lekcyjnych, zgodnie z harmonogramem pracy pielęgniarki szkolnej.

2. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej, przedkłada dyrektorowi Oddziału Funduszu 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.

3. Informację, o której mowa w ust. 2, sporządza się zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 7 do zarządzenia. Potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie porozumień, o których mowa w ust. 2, załącza się do tej informacji.

Finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej

§ 28. 1. Finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej na podstawie rocznej stawki kapitałowej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 7, z zastrzeżeniem ust. 2–7.

2. Stawka kapitałowa dotycząca ucznia, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej, w następujący sposób:

- 1) Typ szkoły I – szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach w szkole), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z okresem kształcenia nie dłuższym niż 2,5 roku:
 - a) uczeń klasy ogólnej w szkole typu I (typ ucznia I.1) – współczynnikiem 1,0,
 - b) uczeń klasy integracyjnej i sportowej w szkole typu I (typ ucznia I.2) – współczynnikiem 1,7,
 - c) uczeń z niepełnosprawnością typu A w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3A) – współczynnikiem 5,0,
 - d) uczeń z niepełnosprawnością typu B w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3B) – współczynnikiem 9,4,
 - e) uczeń z niepełnosprawnością typu C w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3C) – współczynnikiem 25,0;
- 2) Typ szkoły II (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa) - uczeń szkoły typu II (typ ucznia II) – współczynnikiem 1,7;
- 3) Typ szkoły III (szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży):
 - a) uczeń z niepełnosprawnością typu A w szkole typu III (typ ucznia IIIA) – współczynnikiem 5,0,
 - b) uczeń z niepełnosprawnością typu B w szkole typu III (typ ucznia IIIB) – współczynnikiem 9,4,
 - c) uczeń z niepełnosprawnością typu C w szkole typu III (typ ucznia IIIC) – współczynnikiem 25,0.

3. Finansowanie świadczeń grupowej profilaktyki fluorkowej realizowane jest na podstawie rocznej stawki kapitałowej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia.

4. Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup uczniów, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące, oraz do grupy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową, dokonywana jest na podstawie przekazywanej comiesięcznie do Oddziału Funduszu za pośrednictwem *Komunikatu szczegółowego NFZ deklaracji POZ/KAOS* listy uczniów, o której mowa w § 10 ust. 7 pkt 2.

5. Przypisania ucznia do typu niepełnosprawności (A lub B lub C), z wyłączeniem uczniów szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie,

świadczeniodawca dokonuje na podstawie wydanego orzeczenia o niepełnosprawności, które znajduje się w dokumentacji szkoły lub w posiadaniu ucznia.

6. Listy uczniów, o których mowa w ust. 4, należy potwierdzać nie rzadziej niż dwukrotnie (w marcu i październiku) w każdym roku, podpisaną przez dyrektorów szkół informacją o liczbie uczniów objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej szkole; informacja sporządzana zgodnie ze wzorem określonym w umowie przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminie: do dnia 7 marca oraz do dnia 7 października każdego roku.

7. Podstawę rozliczania świadczeń w miesiącu lipcu i miesiącu sierpniu stanowią liczby uczniów zweryfikowane na dzień 1 czerwca roku obowiązywania umowy.

Rozdział 8

Transport sanitarny w poz

§ 29. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz stanowi realizacja świadczeń opieki zdrowotnej polegających na zapewnieniu świadczeniobiorcom, zgodnie ze wskazaniami medycznymi, 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 w 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), w celu 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, które obejmują:

- 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 chwili uzyskania wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do miejsca zamieszkania;
- 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 winien pozostawać pod stałą opieką danego świadczeniodawcy i odległość między 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 winien korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń opieki ambulatoryjnej, realizowanych jedynie przez niektórych świadczeniodawców we właściwym zakresie świadczeń, a miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości przekraczającej łącznie tam i z powrotem 120 km, zaś ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego

samodzielny dojazd do świadczeniodawcy; powyższą zasadę stosuje się odpowiednio dla możliwych do realizacji w warunkach ambulatoryjnych, procedur kwalifikacji wstępnej świadczeniobiorców do świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

Warunki wymagane do zawarcia umowy

§ 30. 1. Umowę o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz zawiera się z podmiotem spełniającym łącznie następujące wymagania:

- 1) posiadanie w dyspozycji ambulansów do transportu sanitarnego drogowego typu A1, A2 o cechach technicznych i jakościowych oraz podstawowym wyposażeniu określonych dla środków transportu medycznego w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, z obsadą kadrową zapewniającą wykonywanie przewozów z zachowaniem warunków, o których mowa w § 8 ust. 3 Ogólnych warunków umów;
- 2) posiadanie miejsca udzielania świadczeń (stacjonowania) dostępnego dla świadczeniobiorców, wyposażonego w telefon i podstawowe urządzenia biurowe oraz zapewniającego bezpieczeństwo przechowywania dokumentacji z realizacji przewozów;
- 3) posiadanie własnej listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz i/lub oświadczeń o objęciu opieką, o których mowa w § 10 ust. 7 pkt 9 udzielonych przez świadczeniodawców realizujących umowy w zakresie świadczeń lekarza poz, przekazujące temu podmiotowi prawa do objęcia świadczeniobiorców zadeklarowanych u nich do lekarzy poz, opieką w zakresie świadczeń transportu sanitarnego w poz.

2. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 3, podmiot ubiegający się o zawarcie umowy w zakresie świadczeń transportu sanitarnego w poz składa wraz z wnioskiem o zawarcie umowy.

3. Świadczenia transportu sanitarnego w poz mogą być udzielane z udziałem podwykonawców spełniających warunki określone w niniejszym zarządzeniu oraz przepisach odrębnych.

4. Świadczenia transportu sanitarnego w poz dostępne są od poniedziałku do piątku, w godz. od 8⁰⁰ do 18⁰⁰, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

5. Umowa o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz, poza sytuacjami określonymi w § 29 ust. 2 pkt 3 i 4, nie obejmuje obowiązku zapewnienia transportu sanitarnego podlegającego realizacji przez świadczeniodawców w innych rodzajach świadczeń, zgodnie z obowiązującymi przepisami w ramach kompleksowości udzielania świadczeń.

6. Świadczenia, o których mowa w § 29 ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz.

7. Świadczenia, o których mowa w § 29 ust. 2, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia przewozu wydanego przez lekarza poz, po akceptacji wniosku o jego realizację w ramach umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w POZ, dokonanej przez dyrektora właściwego terytorialnie Oddziału Funduszu. Akceptacja dotyczy oceny zgodności wniosku w odniesieniu do przypadków określonych w § 29 ust. 2 i stanowi podstawę rozliczenia zrealizowanego świadczenia.

8. Z wnioskiem o realizację przewozu, o którym mowa w ust. 7, występuje do dyrektora właściwego terytorialnie Oddziału Funduszu, w uzgodnieniu z lekarzem poz:

- 1) świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do występowania w jego imieniu, po uzyskaniu zaświadczenia (sporządzonego w języku polskim) od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych, w przypadkach określonych w § 29 ust. 2 pkt 1 i 2;
- 2) świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do występowania w jego imieniu, po uzyskaniu zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w przypadkach określonych w § 29 ust. 2 pkt 3 i 4.

9. Wzór wniosku o zlecenie transportu sanitarnego „dalekiego” w poz, określony jest w załączniku nr 8 do zarządzenia.

10. Zlecenie na przewóz świadczeniobiorcy w transporcie sanitarnym w poz zawiera:

- 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 oraz, ewentualną informację o transporcie powrotnym,
 - d) informację, czy docelowe miejsce przewozu jest najbliższym miejscem udzielania świadczeń właściwym ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy, a jeśli nie – wskazanie najbliższego;
- 5) dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy (wskazywane w sytuacji uzasadnienia realizacji przewozu „inną przyczyną medyczną”):
- a) wskazanie medyczne, według wykazu chorób określonego w § 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) zdolność do samodzielnego poruszania się (braku konieczności korzystania ze stałej pomocy innej osoby), 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 „transport daleki”.

11. W sytuacji, gdy zlecenie na wykonanie przewozu środkiem transportu sanitarnego w poz dotyczy innej przyczyny medycznej niż konieczność natychmiastowego podjęcia leczenia lub zachowanie ciągłości leczenia, a w dokonanej przez lekarza poz kwalifikacji do uzyskania świadczenia świadczeniobiorca spełnia przesłanki, o których mowa w ust. 10 pkt 5 lit. a i c, świadczeniodawca wystawiający zlecenie wykonania przewozu obowiązany jest do poinformowania świadczeniobiorcy o konieczności pokrycia przez niego 60% ceny świadczenia ustalonej na podstawie cennika obowiązującego w jednostce realizującej świadczenie transportu sanitarnego.

12. Jeżeli miejsce udzielenia świadczenia wskazane w skierowaniu na transport sanitarny w poz, nie jest najbliższym we właściwym, uzasadnionym względami medycznymi, zakresie – koszty transportu wynikające z różnicy odległości między świadczeniodawcą

najbliższym i docelowym, pokrywa świadczeniobiorca, zgodnie z cennikiem obowiązującym w jednostce realizującej świadczenie transportu sanitarnego. O konieczności poniesienia tych kosztów świadczeniobiorca informowany jest przez świadczeniodawcę wystawiającego zlecenie wykonania przewozu.

13. Jednostka udzielająca świadczeń transportu sanitarnego w poz obowiązana jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności Książki wyjazdów.

14. Dokumentacja, o której mowa w ust. 13, zawiera w szczególności:

- 1) dane osobowe świadczeniobiorcy: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, a w przypadku jego braku serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) dane zleceniodawcy;
- 3) dane dotyczące zlecenia na przewóz: datę przyjęcia zlecenia, docelowe miejsce i przyczynę transportu;
- 4) datę realizacji zlecenia i rodzaj transportu („transport zwykły”, „transport daleki”);
- 5) liczbę przebytych kilometrów.

15. Zlecenia stanowiące podstawę realizacji przewozów są załączane do prowadzonej przez świadczeniodawcę dokumentacji i podlegają warunkom kontroli realizacji umów.

Finansowanie świadczeń transportu sanitarnego w poz

§ 31. 1. Świadczenia transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 29 ust. 1 finansowane są na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia oraz zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 7.

2. Świadczenia transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 29 ust. 2, rozliczane są na podstawie informacji o zrealizowanych przewozach, dla których jednostki rozliczeniowe stanowią zryczałtowane stawki za przewóz skorelowane z liczbą przebytych kilometrów (tam i z powrotem), określone w załączniku nr 1 do zarządzenia, oraz dołączonych przez świadczeniodawcę do rachunku specyfikacji tych przewozów zawierających w szczególności informację o liczbie przebytych kilometrów w odniesieniu do każdego przewozu.

3. Należność z tytułu udzielonych świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, oblicza się przez dodanie:

- 1) iloczynu liczby przewozów zrealizowanych na odległość 121–400 km i ryczałtu za przewóz określonego w poz. 5.2 załącznika nr 1 do zarządzenia;

- 2) iloczynu liczby przewozów zrealizowanych na odległość przekraczającą 400 km i ryczału określonego w poz. 5.2 załącznika nr 1 do zarządzenia, oraz iloczynu liczby przebytych kilometrów przekraczającej odległość 400 km i ryczału określonego w poz. 5.3 załącznika nr 1 do zarządzenia.

Rozdział 9

Zawieranie umów w poz

§ 32. Warunki zawarcia umowy stanowią:

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

§ 33. 1. Wnioski o zawarcie umów mogą być składane w ciągu całego roku kalendarzowego.

2. Wnioski, o których mowa w ust. 1, składa się nie później niż do 10. dnia każdego miesiąca. Złożone prawidłowo wnioski rozpatrywane są w sposób umożliwiający zawarcie umowy na okres od pierwszego dnia kolejnego okresu sprawozdawczego. Jeżeli wnioskujący składa wniosek za pośrednictwem poczty (listownie), termin na złożenie wniosku jest zachowany, jeżeli data stempla pocztowego (data nadania) nie jest późniejsza niż 10. dzień miesiąca, w którym składany jest wniosek.

§ 34. 1. Warunki postępowania oraz warunki zawierania umów, a także inne dokumenty, udostępniane są wnioskującym w formie elektronicznej, w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o postępowaniu.

2. Wnioskujący obowiązany jest do złożenia wniosku w formie pisemnej oraz elektronicznej.

3. Wniosek w formie pisemnej obejmuje:

- 1) wydruk formularza wniosku, zgodny z jego postacią elektroniczną;
- 2) dokumenty i oświadczenia wymienione w § 37.

§ 35. 1. Formularz wniosku, określony w załączniku nr 9 do zarządzenia, sporządzany jest z zastosowaniem aplikacji obsługującej postępowanie, w sposób określony przez dyrektora Oddziału Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania wniosku.

2. Formularz wniosku zawiera:

- 1) dane identyfikacyjne wnioskującego;

- 2) wykaz podwykonawców z informacją o umowach podwykonawstwa, w przypadku, gdy w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy dopuszczone jest zlecanie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) wykaz personelu z opisem kompetencji, w tym personelu podwykonawcy w przypadku jego wystąpienia;
- 4) wykaz zasobów (sprzętu, pojazdów, pomieszczeń), w tym zasobów podwykonawcy w przypadku jego wystąpienia;
- 5) wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców;
- 6) informację o przedmiocie umowy w miejscach udzielania świadczeń, którego dotyczy wniosek, w tym:
 - a) informację o zakresie rzeczowym wniosku,
 - b) wskazanie potencjału wykonawczego na podstawie wykazów, o których mowa w pkt 2–4,
 - c) harmonogram udzielania świadczeń,
 - d) odpowiednio do zakresu rzeczowego wniosku, harmonogram pracy personelu albo – w przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz, jego dostępność godzinową.

3. Wnioskujący obowiązany jest do zapoznania się z narzędziami informatycznymi określonymi przez dyrektora Oddziału Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania wniosku.

4. W celu przygotowania wniosku wnioskujący obowiązany jest w szczególności do:
- 1) pobrania materiałów niezbędnych do przygotowania wniosku wraz z wnioskiem elektronicznym;
 - 2) zarejestrowania profilu świadczeniodawcy z zastosowaniem Portalu NFZ;
 - 3) przygotowania formularza wniosku i wniosku elektronicznego;
 - 4) zapisania wniosku elektronicznego na nośniku elektronicznym, z opisem zawierającym następujące informacje:
 - a) wyraz: „wniosek”,
 - b) nazwę i adres wnioskującego,
 - c) kod i przedmiot postępowania;
 - 5) wydrukowania formularza wniosku zgodnego z wnioskiem elektronicznym, a następnie opatrzenia każdej strony tego wydruku kolejnym numerem

oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania wnioskującego, zgodnymi z załączonym wzorem podpisów (określonym w załączniku nr 10 do zarządzenia);

- 6) umieszczenia wydruku formularza wniosku oraz nośnika elektronicznego z wnioskiem elektronicznym, o których mowa w pkt 4 i 5, w odrębnej, zaklejonej kopercie. Opis koperty powinien zawierać następujące informacje:
 - a) wyraz: „wniosek”,
 - b) nazwę i adres wnioskującego,
 - c) kod i przedmiot postępowania;
- 7) umieszczenia koperty, o której mowa w pkt 6, wewnątrz kolejnej koperty lub w innym opakowaniu zawierającym pozostałe dokumenty określone w § 37; każdą stronę dokumentów wymienionych w § 37, załączanych do wniosku, należy opatrzyć kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania wnioskującego, zgodnymi z załączonym wzorem podpisów;
- 8) umieszczenia na kopercie lub opakowaniu, o których mowa w pkt 7, informacji, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 11 do zarządzenia;
- 9) umieszczenia na kopercie lub opakowaniu, o których mowa w pkt 7, wydruku formularza rejestracyjnego zawierającego kod graficzny wygenerowany przez aplikację obsługującą postępowanie.

§ 36. 1. Wniosek sporządza się, pod rygorem nieważności:

- 1) w sposób określony w § 35;
- 2) w języku polskim i w sposób czytelny.

2. Do dokumentów składanych w języku obcym należy załączyć ich tłumaczenie na język polski dokonane przez tłumacza przysięgłego.

§ 37. 1. Wniosek w formie pisemnej zawiera następujące dokumenty i oświadczenia:

- 1) oświadczenie wnioskującego o wpisach do rejestrów, według wzoru określonego w załączniku nr 12 do zarządzenia;
- 2) w przypadku wnioskujących wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;

- 3) w przypadku składających wniosek dotyczący świadczeń w zakresie transportu sanitarnego w poz, dodatkowo:
 - a) kopię dokumentów rejestracyjnych ambulansów wskazanych we wniosku,
 - b) w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, niebędących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt 41 ustawy, zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON nadanym przez właściwy urząd statystyczny, zawierające oznaczenie szczegółowe przedmiotu prowadzonej działalności;
- 4) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskującego umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania; wnioskujący może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym oświadczenie, w przedmiocie obowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia obowiązywania umowy;
- 5) kopię umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do jej zawarcia z wnioskującym, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu, na zasadach określonych w ustawie – w sytuacji, w której w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy, dopuszczone jest zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej nią objętych;
- 6) w sytuacji, w której wnioskujący nie przedstawi dokumentów, o których mowa w pkt 5 – oświadczenie w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy (bez zlecenia podwykonawcom udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy);
- 7) oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 13 do zarządzenia;
- 8) w sytuacji, w której wnioskujący jest reprezentowany przez pełnomocnika – 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 złożonych wraz z wnioskiem;
- 9) inne dokumenty lub oświadczenia, jeżeli obowiązek dołączenia ich do wniosku został określony w warunkach zawierania umów.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, składane przez wnioskującego, winny pozostawać w zgodności ze stanem faktycznym i prawnym.

3. Kopie dokumentów winny zostać poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania wnioskującego.

4. Dyrektor Oddziału Funduszu może zażądać przedstawienia oryginału dokumentu w sytuacji, w której kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej zgodności z oryginałem, a brak jest możliwości weryfikacji jej prawdziwości w inny sposób.

5. W razie złożenia przez wnioskującego oryginalnych dokumentów dyrektor Oddziału Funduszu zwraca je, na wniosek wnioskującego, pod warunkiem dostarczenia przez niego kopii tych dokumentów poświadczonych zgodnie z ust. 3.

6. Jeżeli w dniu składania wniosku w dyspozycji Oddziału Funduszu pozostają dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2–3 i 5, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, wnioskujący jest uprawniony do złożenia oświadczenia zgodnego ze wzorem określonym w załączniku nr 14 do zarządzenia.

7. W sytuacji przedłużania okresu obowiązywania umowy niewygasającej z końcem okresu rozliczeniowego, w przypadku konieczności dokonania zmian w danych, o których mowa w § 35 ust. 2, w celu ich dostosowania do aktualnych przepisów, świadczeniodawca obowiązany jest do aktualizacji tych danych.

8. Spełnienie wymogu, o którym mowa w ust. 7, świadczeniodawca potwierdza złożonym w Oddziale Funduszu oświadczeniem (zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 15 do zarządzenia).

9. W sytuacji, w której wnioskujący w dniu złożenia wniosku jest świadczeniodawcą lub innym podmiotem realizującym zgodnie z posiadanymi uprawnieniami umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: poz i w związku z tym w dyspozycji Oddziału Funduszu pozostają zgodne ze stanem faktycznym informacje, o których mowa w § 35 ust. 2 oraz aktualne pod względem stanu prawnego i faktycznego dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2–3 i 5 wniosek, wraz z innymi dokumentami wymaganymi warunkami zawierania umów składany jest wyłącznie w formie pisemnej według wzoru określonego w załączniku nr 16 do zarządzenia.

§ 38. 1. Wnioskujący jest uprawniony do złożenia, w danym Oddziale Funduszu jednego wniosku dotyczącego określonego zakresu świadczeń poz.

2. Wnioskujący, którego jednostki organizacyjne są zlokalizowane na obszarze działania więcej niż jednego Oddziału Funduszu, jest uprawniony do złożenia więcej niż

jednego wniosku na dane świadczenia poz. W sytuacji, o której mowa w zd. 1, wnioski składa się w Oddziałach Funduszu właściwych ze względu na miejsca udzielania świadczeń.

3. Wnioskujący spełniający wymagania dotyczące udzielania wielu świadczeń poz jest uprawniony do złożenia kilku wniosków dotyczących różnych świadczeń poz, dla których zarządzenie określa przedmiot umowy.

4. Składający wniosek osobiście otrzymuje potwierdzenie jego złożenia zawierające datę złożenia oraz numer z rejestru wniosków, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do zarządzenia.

§ 39. 1. W sytuacji wystąpienia braków formalnych wniosku dyrektor Oddziału Funduszu wzywa świadczeniodawcę do ich usunięcia wskazując termin dokonania tej czynności.

2. Jeżeli wnioskujący wykonuje wezwanie dyrektora Oddziału Funduszu, o którym mowa w ust. 1, za pośrednictwem poczty (listownie), termin usunięcia braków formalnych wniosku jest zachowany, gdy data stempla pocztowego (data nadania) nie jest późniejsza niż data określona w wezwaniu do usunięcia braków.

3. Kopertę lub przesyłkę zawierającą dokumenty lub oświadczenia stanowiące realizację wezwania, o którym mowa w ust. 2, oznacza się jak składany wniosek oraz dodatkowo umieszcza się wskazanie: „USUNIĘCIE BRAKÓW WNIOSKU”.

§ 40. 1. Przy rozpatrywaniu wniosku złożonego przez podmiot, który dotychczas nie realizował umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju poz, a także w stosunku do dotychczasowych świadczeniodawców, w przypadkach wątpliwych wymagających zweryfikowania, Funduszowi przysługuje prawo przeprowadzenia czynności sprawdzających u wnioskującego.

2. Czynności, o których mowa w ust. 1, wykonują, po uprzednim powiadomieniu wnioskującego, upoważnieni członkowie powołanej przez dyrektora Oddziału Funduszu, komisji rozpatrującej wnioski, w obecności osoby upoważnionej przez wnioskującego.

3. Czynności, o których mowa w ust. 1, dokumentowane są w formie protokołu sporządzanego przez osoby wykonujące te czynności, potwierdzanym przez wnioskującego.

§ 41. Po rozpatrzeniu wniosku i dokonaniu oceny spełniania przez wnioskującego warunków zawarcia umowy, dyrektor Oddziału Funduszu:

- 1) w przypadku pozytywnej oceny - przedstawia wnioskującemu do podpisania projekt umowy, wskazując termin jej podpisania;

- 2) w przypadku negatywnej oceny – przedstawia wnioskującemu w formie pisemnej rozstrzygnięcie z podaniem przyczyn odmowy zawarcia umowy.

§ 42. Wnioskujący biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy w rodzaju poz, przed podpisaniem umowy przesyła do Oddziału Funduszu, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (z zastosowaniem Portalu Funduszu) oraz w formie pisemnej, podpisany przez osoby upoważnione, wniosek w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony został w załączniku nr 18 do zarządzenia. Wniosek, o którym mowa w zd. 1, stanowi podstawę do określenia w umowie numeru rachunku bankowego świadczeniodawcy.

Rozdział 10

Postanowienia końcowe

§ 43. 1. Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia i zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej począwszy od umów zawieranych na 2016 r. i lata następne.

§ 44. Z dniem 31 grudnia 2015 r. traci moc zarządzenie Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.⁴⁾

§ 45. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

PREZES

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Tadeusz Jędrzejczyk

⁴⁾ Tekst jednolity został wprowadzony zarządzeniem Nr 32/2015/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.