

**Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ**

**Prezesa**

**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**z dnia 17 listopada 2011 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.<sup>1</sup>), 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) **aplikacja obsługująca postępowanie** – aplikacja informatyczna udostępniana przez Fundusz do 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) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;

---

<sup>1</sup> 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, Nr 237, poz. 1654; 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 z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578, Nr 257, poz. 1723 i poz. 1725 oraz z 2011 Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887 i Nr 171, poz. 1016.

- 5) **Ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów określone w załączniku 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);
- 6) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 7) **porada lekarska** – świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 części I załącznika nr 1 do Rozporządzenia MZ, udzielone w warunkach ambulatoryjnych albo w domu świadczeniobiorcy, przeprowadzone zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w niniejszym zarządzeniu, obejmujące:
- badanie przedmiotowe lub,
  - badanie podmiotowe lub,
  - świadczenia zabiegowe lub,
  - badania diagnostyczne niezbędne dla postawienia diagnozy lub kontynuacji prowadzonego przez lekarza procesu leczenia lub,
  - ordynację leków;
- 8) **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, zmienionym zarządzeniem nr 15/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2010 r. przeznaczone do wymiany informacji pomiędzy użytkownikami (wnioskujący, oferenci, świadczeniodawcy realizujący umowy, podwykonawcy, apteki) a Funduszem;
- 9) **poz** – podstawową opiekę zdrowotną;
- 10) **regulamin techniczny przygotowania wniosku** - rozumie się przez to zasady zastosowania aplikacji informatycznych (w tym Portalu NFZ i aplikacji obsługującej postępowanie w sprawie zawarcia umów) oraz sposób przygotowania formularza wniosku;
- 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, z późn. zm.<sup>2</sup>);
- 12) **świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia** - traktowany jako jedno świadczenie cykl udokumentowanych procedur medycznych opisanych warunkami realizacji

---

<sup>2</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały wprowadzone rozporządzeniami zmieniającymi rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 211, poz. 1642 oraz z 2010 r. Nr 208, poz. 1376.

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

13) **ustawa** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

14) **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;

15) **transport sanitarny „daleki” w poz** – transport sanitarny w poz realizowany wyłącznie w przypadkach wskazanych w § 28 ust. 2;

16) **wniosek** – wniosek ubiegającego się o zawarcie umowy;

17) **wnioskujący** – świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. a i lit. 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;

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 świadczeń poz.

#### **§ 4.**

1. Przedmiotem umowy są świadczenia gwarantowane, o których mowa w Rozporządzeniu 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. Odpowiednio do przedmiotu umowy, jednostki rozliczeniowe poszczególnych świadczeń oraz ceny odpowiadających im jednostek zawarte są w **załączniku nr 1** do zarządzenia.
3. Wzór umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej określa **załącznik nr 2** do zarządzenia;
4. Odstępstwa od wzoru umowy 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 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.) 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, stosownie 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 Rozporządzeniu MZ, w niniejszym zarządzeniu oraz przepisach odrębnych.
2. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy wszystkich miejsc udzielania świadczeń zgłaszanych przez świadczeniodawcę we wniosku o zawarcie umowy.

#### **§ 8.**

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawdzenia na podstawie okazanych przez świadczeniobiorcę odpowiednich dokumentów jego uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku świadczeń udzielanych na podstawie deklaracji wyboru, świadczeniodawca zobowiązany jest do dokonania powyższego sprawdzenia przed przyjęciem deklaracji wyboru, a w przypadku świadczeń udzielanych osobom wymienionym w § 9 ust. 5 i 6 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:
  - 1) w przypadku świadczeń, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 1-3, świadczeniobiorcom, którzy dokonali wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz poprzez złożenie odpowiedniej deklaracji wyboru, włączając w to zamieszkujące w Polsce osoby uprawnione do świadczeń

na podstawie przepisów o koordynacji, legitymujące się poświadczeniem<sup>3</sup> wydanym przez właściwy terytorialnie Oddział Funduszu; przepis nie dotyczy przebywających w Polsce świadczeniobiorców zamieszkujących na terytorium krajów EFTA, którym Oddział Funduszu wydał formularz E 109 albo E 121,

- 2) w przypadku świadczeń, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 4, osobom znajdującym się na odpowiednich listach uczniów;
  - 3) w przypadku świadczeń, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 5, świadczeniobiorcom znajdującym się na listach lekarza poz.
2. Świadczeniodawca na bieżąco prowadzi zapisy na listy świadczeniobiorców do poszczególnych osób udzielających świadczeń, uprawnionych do przyjmowania deklaracji wyboru świadczeniobiorców.
  3. Wykaz osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy jest integralną częścią umowy.
  4. Świadczenia, stanowiące przedmiot umowy udzielane są osobiście przez osoby znajdujące się w wykazie osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy.
  5. 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.
  6. 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.
  7. Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej są zobowiązani do informowania świadczeniobiorców o zakresie, zasadach

---

<sup>3</sup> Poświadczenie – dokument, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy, potwierdzający uprawnienia świadczeniobiorcy do korzystania na terytorium RP ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepis dotyczy poświadczeń wydanych:

- osobom posiadającym formularz E106, 109, 120, 121, 123 lub odpowiednio dokument S1 albo DA1 zamieszkałych w UE,
- osobom posiadającym formularz E106, 120 i 123 i zamieszkałym w kraju EFTA, którym zgodnie z obowiązującymi przepisami, pomimo zamieszkania poza terytorium Polski przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych w Polsce, jako w państwie właściwym.

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 informowania realizowany jest w szczególności poprzez umieszczenie w widocznym miejscu wewnątrz i na zewnątrz własnej siedziby/miejsca udzielania świadczeń, stosownej informacji.

### **Rozdział 3**

#### **Zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń**

##### **§ 10.**

1. Dla umów stosuje się następujące sposoby rozliczeń:
  - 1) kapitałowa stawka roczna dla świadczeń w zakresie poz udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarki, położnej lub jednostki transportu sanitarnego;
  - 2) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia lub przewozu) dla świadczeń wydzielonych z finansowania na podstawie stawki kapitałowej.
2. 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. 5 i 6 oraz § 20 ust. 2 - 4, gdzie dodatkowo wymagane jest potwierdzenie faktu udzielenia świadczenia przez osobę, której zostało udzielone, jej opiekuna prawnego lub faktycznego.
3. 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.
4. Potwierdzeniem realizacji przewozu środkiem transportu sanitarnego jest wpis 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 kapitałową ustala się kapitałową stawkę roczną.
7. Wysokość kapitałowych stawek rocznych oraz ceny pozostałych jednostek rozliczeniowych dla poszczególnych zakresów świadczeń określonych przedmiotem umowy, określa Prezes Funduszu.
8. Warunki rozliczania świadczeń finansowanych metodą kapitałową realizowane są z zachowaniem następujących zasad:

- 1) należność za udzielanie świadczeń finansowanych metodą kapitacyjną stanowi sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców albo uczniów objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej  $\frac{1}{12}$  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: w przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej należność powiększona jest o iloczyn liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową i stawki miesięcznej stanowiącej  $\frac{1}{12}$  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 przekazanej przez świadczeniodawcę bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej stosownie do przedmiotu umowy, na podstawie posiadanych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej poz, a w przypadku świadczeń pielęgniarki 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 pielęgniarki szkolnej, o której mowa w pkt 2 przekazywana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu do 7 dnia danego miesiąca za bieżący okres sprawozdawczy;
- 4) Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką: przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy: po przeprowadzeniu weryfikacji list poz przez Fundusz listy te są ostateczne, za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli deklaracji lub świadczeń, których wykonanie miało wpływ na realizowany proces rozliczeń, wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji;
- 5) w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru;
- 6) w przypadku pozostawiania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców Fundusz zastrzega sobie prawo wstrzymania finansowania za wskazanych uczniów do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności;



- 7) obowiązek przekazywania informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, o którym mowa w pkt 3, nie dotyczy świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz; podstawą rozliczenia realizacji umów w zakresie transportu sanitarnego w poz są 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, oświadczenia o objęciu opieką, określone **załącznikiem nr 3** do zarządzenia.
9. Warunki rozliczania świadczeń finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej realizowane są z zachowaniem następujących zasad:
- 1) należność za udzielanie świadczeń ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę do 10-tego dnia miesiąca za miesiąc poprzedni;
  - 2) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 1, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu: Fundusz przekazuje zwrotnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń;
  - 3) świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportów statystycznych będących podstawą wystawienia rachunków;
  - 4) warunki określone w punktach 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 zarządzenia.
10. Należności z tytułu realizacji świadczeń wypłacane są raz w miesiącu na podstawie wystawionych przez świadczeniodawcę rachunków.
11. 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"*). W przypadku konieczności zmiany definicji komunikatów XML w stosunku do definicji obowiązujących na dzień zawarcia umowy o udzielanie świadczeń Fundusz zobowiązany jest do:

- 1) udostępnienia na okres co najmniej 14 dni propozycji dotyczących zmiany definicji komunikatów XML na stronie internetowej Funduszu i jednocześnie powiadomienia Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców o ich udostępnieniu drogą pocztową, za pomocą telefaksu lub poczty elektronicznej - w celu zasięgnięcia opinii;
  - 2) zachowania *vacatio legis*, uwzględniającego co najmniej jeden pełen okres sprawozdawczy. Przepis nie dotyczy zasad sprawozdawczości z realizacji świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia, które należy realizować on-line, w udostępnianym bezpłatnie przez Fundusz *Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP)*.
12. W przypadkach gdy wyniki dokonanej przez Oddział Funduszu weryfikacji kontrolnej deklaracji lub świadczeń ujawnią nieprawidłowości w zrealizowanym zgodnie z postanowieniami ust. 8 pkt 4 i ust. 9 pkt 2 procesie rozliczeń, wzywając świadczeniodawcę do korekty rozliczenia, Oddział 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 zobowiązany jest poinformować o tym fakcie właściwy Oddział Funduszu oraz zamieścić w miejscu udzielania świadczeń stosowne ogłoszenie w celu poinformowania 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 zobowiązany 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. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń lekarza poz są świadczenia określone 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 poprzez włączenie Karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy; wzór Karty badania profilaktycznego w profilaktyce chorób układu krążenia określa **załącznik nr 4** do zarządzenia.
3. Świadczenia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia, w tym wizyty patronażowe oraz badania bilansowe realizowane są z uwzględnieniem wykonania w trakcie badań, testów przesiewowych stosownych do wieku rozwojowego świadczeniobiorcy.
4. W trakcie leczenia osób przewlekle chorych z rozpoznąną 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.
5. 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 8.

#### **§ 13.**

##### **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 realizującego umowę o udzielanie świadczeń lekarza poz.
3. W przypadkach uzasadnionych interesem świadczeniobiorców, dyrektor Oddziału Funduszu na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na odstępstwo od wymogu określonego w ust. 1; dokonane odstępstwo nie może wpłynąć na ograniczenie dostępności do świadczeń dla populacji objętej opieką przez świadczeniodawcę.

## § 14.

### **Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń lekarza poz**

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej będących przedmiotem 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 lekarskie realizowane są w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - poprzez 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 jest warunkiem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Wzór skierowania na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarstwa poz, o którym mowa w pkt 4 części I załącznika Nr 1 do Rozporządzenia MZ, określa **załącznik nr 5** do zarządzenia.
5. Skierowanie, o którym mowa w ust. 4, w odniesieniu do populacji świadczeniobiorców zadeklarowanych jednocześnie do lekarza poz i pielęgniarstwa poz, nie dotyczy świadczeniodawców realizujących umowy w obydwu zakresach świadczeń. Podstawą realizacji zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarstwa poz u tych świadczeniodawców jest opis zlecenia w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Pielęgniarstwo poz dokumentuje wykonanie zlecenia zgodnie z zasadami określonymi w odrębnych przepisach.
6. 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, realizowane w warunkach ośrodka/oddziału dziennego rehabilitacji, na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

7. 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.
8. W odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej, w przypadkach nie kwalifikujących się do rehabilitacji leczniczej, lekarz poz kieruje świadczenioborcę 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 świadczenioborcę 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 świadczeniodawcę świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, zlecenie musi być zgodne z tymi przepisami 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.

## **§ 15.**

### **Finansowanie świadczeń lekarza poz**

1. Finansowanie świadczeń lekarza poz na podstawie rocznej stawki kapitałowej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 8 zarządzenia, z zastrzeżeniem ust. 2 – 7.
2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza poz, stawka kapitałowa 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 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (klasyfikacja ICD-10), przyczyny udzielonej porady/udzielonych porad, albo – w przypadku leczenia zdefiniowanych rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD-10 chorób z grupy J00-J22 (z wyłączeniem grupy J17\*), w okresach wzmożonej zachorowalności na te choroby:
  - 1) osoba, której udzielono porad/y w związku z leczeniem cukrzycy lub choroby układu krążenia – współczynnikiem 3,0, z zastrzeżeniem ust. 3 pkt 1 i 3 oraz ust. 4;

- 2) osoba nie wymieniona w pkt 1 i 6 będąca w grupie od 0 do 6 roku życia – współczynnikiem 2,0;
  - 3) osoba nie wymieniona w pkt 1 i 6, będąca w grupie od 7 do 19 roku życia – współczynnikiem 1,2;
  - 4) osoba nie wymieniona w pkt 1 i 6, będąca w grupie od 20 do 65 roku życia – współczynnikiem 1,0;
  - 5) osoba nie wymieniona w pkt 1 i 6 będąca w grupie powyżej 65 roku życia – współczynnikiem 2,0;
  - 6) osoba nie wymieniona w pkt 1, podopieczny DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – współczynnikiem 2,5.
  - 7) osoba zadeklarowana do lekarza poz, o której mowa w pkt. 1-6, w przypadku określonym w ust. 7 – dodatkowo współczynnikiem 0,1, z zastrzeżeniem ust. 3 pkt. 2 i 3.
3. Kwalifikacji świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące dokonuje się na podstawie:
- 1) informacji o poradach zrealizowanych w 3 poprzednich okresach sprawozdawczych, udzielonych osobom opisanym w ust. 2 pkt 1, przekazywanych za kolejno następujące po sobie okresy sprawozdawcze – za każdy miesiąc, do 10 dnia danego miesiąca za poprzedni okres sprawozdawczy;
  - 2) informacji o zrealizowanych w poprzednim okresie sprawozdawczym poradach udzielonych osobom opisanym w ust. 2 pkt 7 z przyczyn innych niż cukrzyca lub choroby układu krążenia, przekazanych w terminie do 10 dnia danego miesiąca podlegającego rozliczeniu,
  - 3) bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie złożonych przez świadczeniobiorców deklaracji wyboru lekarza poz.
4. W przypadku świadczeniodawców realizujących umowy w poprzednim okresie rozliczeniowym, kwalifikacji świadczeniobiorców do grupy, o której mowa w ust. 2 pkt 1, w rozliczeniu pierwszych 3. okresów sprawozdawczych bieżącego okresu rozliczeniowego/umowy, dokonuje się na zasadach określonych w ust. 3, z uwzględnieniem informacji o poradach zrealizowanych przez świadczeniodawcę w ostatnich 3. okresach sprawozdawczych poprzedniego okresu rozliczeniowego/umowy.
5. Stosowanie współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 podlega następującym warunkom:

- 1) liczba porad lekarskich udzielonych w związku z leczeniem cukrzycy lub przewlekłych chorób układu krążenia jest nie mniejsza niż 1 w ciągu trzech miesięcy;
  - 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).
6. Liczbę świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 2 pkt 6, należy potwierdzać przynajmniej w styczniu i lipcu każdego roku, 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.
7. Rozliczenia świadczeń z zastosowaniem współczynnika, o którym mowa w ust. 2 pkt 7 dokonuje się wyłącznie:
- 1) w ustalonych miesiącach wzmożonej zachorowalności na ostre choroby układu oddechowego, w tym za:
    - a) styczeń – w miesiącu lutym,
    - b) luty – w miesiącu marcu,
    - c) marzec – w miesiącu kwietniu,
    - d) wrzesień – w miesiącu październiku,
    - e) październik – w miesiącu listopadzie,

- f) listopad – w miesiącu grudniu;
- 2) dla świadczeniodawcy, u którego liczba sprawozdanych porad zdefiniowanych rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD-10 jako choroby z grupy J00-J22, z wyłączeniem grupy J17\*, stanowić będzie co najmniej 30% porad udzielonych z przyczyn innych niż cukrzyca i chuk.
- 8. Kapitałowa stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez lekarza poz, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.
- 9. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 8 dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 9 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 8 określa załącznik nr 1 do zarządzenia.

## **Rozdział 5**

### **Świadczenia pielęgniarstwa poz**

#### **§ 16.**

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa poz są świadczenia określone w części I załącznika Nr 2 do Rozporządzenia MZ.
2. Pielęgniarka poz sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarstwa 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; skierowanie to pielęgniarstwo poz włącza do prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.
3. Opiekę pielęgniarstwa nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarstwa realizowanych w warunkach domowych i nie są objęci na podstawie odrębnej umowy, świadczeniami pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, pielęgniarstwo poz sprawuje zgodnie z zasadami określonymi w Rozporządzeniu MZ.
4. Sprawowanie przez pielęgniarstwo poz opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami będącymi podopiecznymi domów 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 pielęgniarstwa oraz zleceń lekarskich.
5. 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 realizuje 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.
6. Świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy, realizowane zgodnie z warunkami określonymi w części III załącznika Nr 2 do Rozporządzenia MZ oraz w zarządzeniu, są dokumentowane w Ankiecie świadczeniobiorcy w profilaktyce gruźlicy, której wzór określa **załącznik nr 6** do zarządzenia.
7. 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 przepisach dotyczących organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, wydanych na podstawie art. 27 ustawy.

## **§ 17.**

### **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.
3. W przypadkach uzasadnionych interesem świadczeniobiorców, dyrektor Oddziału Funduszu na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na odstępstwo od wymogu określonego w ust. 1; dokonane odstępstwo nie może wpłynąć na ograniczenie dostępności do świadczeń dla populacji objętej opieką przez świadczeniodawcę.

## **§ 18.**

### **Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń pielęgniarki poz**

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń będących przedmiotem 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 - poprzez wizyty domowe. Dni i godziny przyjęć, w tym czasu przeznaczonego 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 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.

## **§ 19.**

### **Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz**

1. Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz na podstawie rocznej stawki kapitałowej realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 8 zarządzenia, 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 w wieku od 0 do 6 roku życia, nie wymieniona w pkt 4 - współczynnikiem 2,0;
  - 2) osoba w wieku od 7 roku życia do 65 roku życia, nie wymieniona w pkt 4 –współczynnikiem 1,0;
  - 3) osoba w wieku powyżej 65 roku życia, nie wymieniona w pkt 4 – współczynnikiem 2,0;
  - 4) podopieczny DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – współczynnikiem 3,5.
3. Kwalifikacji świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące dokonuje się na podstawie bieżącej 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, należy potwierdzać przynajmniej w styczniu i lipcu każdego roku, 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. 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. 9 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 5 określa załącznik nr 1 do zarządzenia.

## **Rozdział 6**

### **Świadczenia położnej poz**

#### **§ 20.**

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń położnej poz są świadczenia określone w części I załącznika Nr 3 do Rozporządzenia MZ.
2. Wizyty patronażowe położnej poz obejmują opiekę nad noworodkiem do ukończenia 2 miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu. Realizując tę opiekę położna poz zobowiązana jest do wykonania w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych od 4 do 6 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 odbycia 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 terminu rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż:
      - 1 raz w tygodniu (okres od poniedziałku do piątku) w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży,

- 2 razy w tygodniu (okres od poniedziałku do piątku) w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu 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. Wykonanie wizyt, o których mowa w ust. 2–4, dodatkowo potwierdza podpisem świadczeniobiorcy/opiekuna.

## **§ 21.**

### **Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców**

1. Maksymalna liczba świadczeniobiorców, do których zalicza się osoby płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2 miesiąca życia, objętych opieką przez jedną położną poz nie powinna przekroczyć 6 600 osób.
2. W przypadkach uzasadnionych interesem świadczeniobiorców, dyrektor Oddziału Funduszu na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na odstępstwo od wymogu określonego w ust. 1; dokonane odstępstwo nie może wpłynąć na ograniczenie dostępności do świadczeń dla populacji objętej opieką przez świadczeniodawcę.

## **§ 22.**

### **Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń położnej poz**

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń będących przedmiotem 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 poprzez wizyty ambulatoryjne w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - poprzez wizyty domowe: 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 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 położnej poz zgodnie z terminami określonymi w treści zlecenia lub skierowania.

### **§ 23.**

#### **Finansowanie świadczeń położnej poz**

1. Finansowanie świadczeń położnej poz na podstawie rocznej stawki kapitałowej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 8 zarządzenia, 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. 9 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych świadczeń, o których mowa w ust. 2 określa załącznik nr 1 do zarządzenia.

### **Rozdział 7**

#### **Świadczenia pielęgniarki szkolnej**

### **§ 24.**

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.

### **§ 25.**

#### **Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców**

Liczba uczniów przypadająca na 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.

### **§ 26.**

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

1. Pielęgniarka szkolna zapewnia dostępność do świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką, z uwzględnieniem zasad określonych w § 25 oraz planu godzin lekcyjnych, zgodnie z harmonogramem pracy pielęgniarki szkolnej.

2. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej, przedkłada oddziałowi 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 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.

## **§ 27.**

### **Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej**

1. Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej na podstawie rocznej stawki kapitałowej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 8 zarządzenia, z zastrzeżeniem ust. 2 – 7.
2. W stosunku do konkretnego ucznia, stawka kapitałowa korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej:
  - 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 tokiem nauki 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, odrębnie określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia;
  4. Kwalifikacji świadczeniobiorców do poszczególnych grup uczniów, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące oraz do grupy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową, dokonuje się na podstawie przekazywanej comiesięcznie do oddziału Funduszu *Komunikatem szczegółowym NFZ deklaracji POZ/KAOS* listy uczniów, o której mowa w § 10 ust. 8 pkt 2.
  5. Przypisania ucznia do typu niepełnosprawności (A, 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 jest w posiadaniu ucznia.
  6. Listy uczniów, o których mowa w ust. 4 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.
  7. Do rozliczania świadczeń w miesiącach lipiec i sierpień przyjmuje się liczby uczniów zweryfikowane na dzień 1 czerwca roku obowiązywania umowy.

## **Rozdział 8**

### **Transport sanitarny w poz**

#### **§ 28.**

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 15, 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, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych.

## **§ 29.**

### **Warunki wymagane do zawarcia umowy**

#### **oraz organizacja udzielania świadczeń transportu sanitarnego w poz**

1. Zawarcia umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz dokonuje się z podmiotem spełniającym następujące wymagania:
  - 1) dysponującym ambulansami 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;
  - 2) posiadającym miejsce udzielania świadczeń (stacjonowania) dostępne dla świadczeniobiorców, wyposażone w telefon i podstawowe urządzenia biurowe oraz zapewniające bezpieczeństwo przechowywania dokumentacji z realizacji przewozów;
  - 3) posiadającym własną listę świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz i/lub oświadczenia o objęciu opieką, o których mowa w § 10 ust. 8 pkt 7 zarządzenia udzielone przez świadczeniodawców realizujących umowy w zakresie świadczeń lekarza poz, cedujące 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 przepisach odrębnych i warunkach zawierania umów.
4. Świadczenia transportu sanitarnego w poz dostępne są od poniedziałku do piątku, w godz. od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
5. Umowa o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz, poza sytuacjami wymienionymi w § 28 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 § 28 ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz.
7. Świadczenia, o których mowa w § 28 ust. 2, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz, po uzyskaniu przez świadczeniobiorcę zgody na udzielenie świadczenia, wydanej przez dyrektora właściwego terytorialnie oddziału Funduszu.
8. 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 osoba upoważniona do występowania w jego imieniu, po uzyskaniu stosownego zaświadczenia (sporządzonego w języku polskim) od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych, w przypadkach określonych w § 28 ust. 2 pkt 1 i 2;
  - 2) świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do występowania w jego imieniu, po uzyskaniu stosownego zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczeń, w przypadkach określonych w § 28 ust. 2 pkt 3 i 4.
9. Wzór wniosku o zlecenie transportu sanitarnego „dalekiego” w poz, określa **załącznik nr 8** do zarządzenia.
10. 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 poruszania 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”.
11. 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. 10 pkt 5 lit. a i c, świadczeniodawca wystawiający zlecenie wykonania przewozu jest zobowiązany do poinformowania świadczeniobiorcy o konieczności samodzielnego pokrycia przez niego 60% ceny świadczenia ustalonej na podstawie cennika obowiązującego w jednostce realizującej świadczenie transportu sanitarnego.
12. 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 w jednostce realizującej świadczenie transportu sanitarnego. O konieczności poniesienia tych kosztów informuje świadczeniobiorcę świadczeniodawca wystawiający zlecenie wykonania przewozu.
13. Jednostka udzielająca świadczeń transportu sanitarnego w poz prowadzi dokumentację zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w szczególności – Książkę 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 seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
  - 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.
15. Zlecenia stanowiące podstawę realizacji przewozów podlegają włączeniu do prowadzonej przez świadczeniodawcę dokumentacji i podlegają warunkom kontroli realizacji umów.

### **§ 30.**

#### **Finansowanie świadczeń transportu sanitarnego w poz**

1. Finansowanie świadczeń transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 28 ust. 1 dokonywane jest na podstawie rocznej stawki kapitałowej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia i realizowane zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 8 zarządzenia.
2. Rozliczenia świadczeń transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 28 ust. 2 odbywa się na podstawie informacji o zrealizowanych przewozach, dla których jednostkami rozliczeniowymi są zryczałtowane stawki za przewóz uzależnione od ilości przebytych kilometrów „tam i z powrotem”, określone w załączniku nr 1 do zarządzenia, oraz dołączonych przez świadczeniodawcę do rachunku specyfikacji tych przewozów zawierających m.in. informację o liczbie przebytych kilometrów w odniesieniu do każdego przewozu.
3. Należność za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, stanowi suma:
  - 1) iloczynu liczby przewozów zrealizowanych na odległość 121 - 400 km i ryczału za przewóz określonego w pozycji 5.2 załącznika nr 1 do zarządzenia;
  - 2) iloczynu liczby przewozów zrealizowanych na odległość powyżej 400 km i ryczału określonego w pozycji 5.2 załącznika nr 1 do zarządzenia, oraz iloczynu liczby przejechanych kilometrów ponad odległość 400 km i ryczału określonego w pozycji 5.3 załącznika nr 1 do zarządzenia.

## Rozdział 9

### Zawieranie umów w poz

#### § 31.

Warunkiem zawarcia umowy jest:

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

#### § 32.

1. Wnioski o zawarcie umów mogą być składane w ciągu całego roku kalendarzowego.
2. 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.

#### § 33.

1. Warunki postępowania oraz warunki zawierania umów, a także inne dokumenty, pobierane są przez wnioskującego w formie elektronicznej, w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o postępowaniu.
2. Wnioskujący zobowiązany jest złożyć wniosek w formie pisemnej wraz z wnioskiem elektronicznym.
3. Wniosek w formie pisemnej obejmuje:
  - 1) wydruk formularza wniosku, zgodny z jego postacią elektroniczną;
  - 2) dokumenty i oświadczenia wymienione w § 36.

#### § 34.

1. Formularz wniosku, **zgodny z załącznikiem nr 9 do zarządzenia**, sporządzany jest z użyciem aplikacji obsługującej postępowanie, w sposób określony przez oddział 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 zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

- 3) wykaz personelu z opisem kompetencji, w tym personelu podwykonawcy w przypadku jego udziału w realizacji świadczeń;
  - 4) wykaz zasobów (sprzętu, pojazdów, pomieszczeń), w tym zasobów podwykonawcy w przypadku jego udziału w realizacji świadczeń;
  - 5) wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń 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 określonych 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 ogólną dostępność godzinową.
3. Wnioskujący zobowiązany jest do zapoznania się z narzędziami informatycznymi określonymi przez oddział Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania wniosku.
4. W celu przygotowania wniosku wnioskujący jest zobowiązany w szczególności do:
- 1) pobrania materiałów niezbędnych do przygotowania wniosku wraz z wnioskiem elektronicznym;
  - 2) zarejestrowania profilu świadczeniodawcy z użyciem 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 (**załącznik 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 koperty lub paczki zawierającej pozostałe dokumenty określone w § 36; każdą stronę dokumentów wymienionych w § 36, 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 paczce, o których mowa w pkt 7, informacji według wzoru stanowiącego **załącznik nr 11** do zarządzenia;
- 9) umieszczenia na kopercie lub paczce, o których mowa w pkt 7, wydruku formularza rejestracyjnego zawierającego kod graficzny wygenerowany z aplikacji obsługującej postępowanie.

### § 35.

1. Wniosek sporządza się, pod rygorem nieważności, w języku polskim i w sposób czytelny.
2. Do wszystkich dokumentów składanych w językach obcych należy dostarczyć ich tłumaczenie na język polski dokonane przez tłumacza przysięgłego.
3. Każda strona wniosku w formie pisemnej powinna być podpisana lub parafowana przez osoby uprawnione do reprezentowania wnioskującego, zgodnie z załączonym wzorem podpisów oraz opatrzona kolejnym numerem.

### § 36.

1. Wniosek w formie pisemnej powinien zawierać następujące dokumenty i oświadczenia:
  - 1) oświadczenie wnioskującego o wpisach do rejestrów, według wzoru stanowiącego **załącznik 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 na świadczenia w zakresie transportu sanitarnego w poz, dodatkowo:
    - a) kopię dokumentów rejestracyjnych ambulansów przedstawionych we wniosku,
    - b) w przypadku podmiotów o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, nie będących 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 wnioskującego za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania; wnioskujący może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta od dnia obowiązywania umowy;
  - 5) w przypadku gdy w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy, dopuszczone jest zlecanie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową - kopię zawartej umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z wnioskującym, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z oddziałem Funduszu;
  - 6) w przypadku gdy wnioskujący nie przedstawi dokumentów, o których mowa w pkt 5 – oświadczenie, że będzie wykonywał umowę samodzielnie bez zlecania podwykonawcom udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy;
  - 7) oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w **załączniku nr 13** do zarządzenia;
  - 8) w przypadku gdy 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 przedstawionych 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, muszą być zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
  3. Kopie dokumentów muszą być poświadczane za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania wnioskującego.



4. Oddział Funduszu może zażądać 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.
5. W przypadku złożenia przez wnioskującego oryginalnych dokumentów oddział Funduszu zwraca je, na wniosek wnioskującego, pod warunkiem dostarczenia przez niego kopii tych dokumentów poświadczonych zgodnie z ust. 3.
6. W przypadku, gdy w dniu składania wniosku oddział Funduszu posiada dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2 – 3 i 5, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, wnioskujący może złożyć oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w **załączniku nr 14** do zarządzenia.
7. Dla celów aneksowania umowy niewygasającej z końcem okresu rozliczeniowego, w przypadku konieczności dokonania zmian w danych, o których mowa w § 34 ust. 2, w celu ich dostosowania do aktualnych przepisów, świadczeniodawca zobowiązany jest do aktualizacji tych danych.
8. Spełnienie wymogu, o którym mowa w ust. 7 świadczeniodawca potwierdza złożonym w oddziale Funduszu oświadczeniem zgodne ze wzorem określonym w **załączniku nr 15** do zarządzenia.
9. W przypadku gdy wnioskujący w dniu złożenia wniosku jest świadczeniodawcą lub innym podmiotem realizującym zgodnie z posiadanymi uprawnieniami, umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, i w związku z tym oddział wojewódzki Funduszu posiada w swoim systemie informatycznym, zgodne ze stanem faktycznym, informacje, o których mowa w § 34 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 **załącznikiem nr 16** do zarządzenia.

### **§ 37.**

1. Wnioskujący może złożyć, w danym oddziale Funduszu tylko jeden wniosek dotyczący danego zakresu świadczeń poz.
2. Wnioskujący, którego jednostki organizacyjne są zlokalizowane na obszarze działania więcej niż jednego oddziału wojewódzkiego Funduszu, może złożyć więcej niż jeden wniosek na 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, dla których zarządzenie określa przedmiot umowy.
4. Składający wniosek osobiście otrzymuje potwierdzenie jego złożenia zawierające datę złożenia oraz numer z rejestru wniosków, zgodne ze wzorem określonym w **załączniku nr 17** do zarządzenia.

### **§ 38.**

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 realizację wezwania, o którym mowa w ust. 2, oznacza się jak składany wniosek oraz dodatkowo umieszcza się dopisek „USUNIĘCIE BRAKÓW WNIOSKU”.

### **§ 39.**

1. Przy rozpatrywaniu 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.

### **§ 40.**

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.

#### **§ 41.**

Wnioskujący biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, przed podpisaniem umowy 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 18** do zarządzenia. Wniosek ten stanowić będzie podstawę do wpisania numeru rachunku bankowego świadczeniodawcy do umowy.

### **Rozdział 10**

#### **Postanowienia końcowe**

#### **§ 42.**

Z dniem 31 grudnia 2011 r. traci moc zarządzenie Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

#### **§ 43.**

Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do postępowań w sprawie zawarcia i zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2012 r. i lata następne.

#### **§ 44.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Prezes**

**Narodowego Funduszu Zdrowia**

***Jacek Paszkiewicz***