**ZARZĄDZENIE NR 16/2018/DSM**

**PREZESA**

**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 28 lutego 2018 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia   
27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.[[1]](#footnote-1)1)) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1**

**Postanowienia ogólne**

**§ 1.** Zarządzenie określa:

1. przedmiot postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy   
   o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
2. szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej   
    - w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć.

**§ 2.** 1.Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1. **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
2. **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
3. **rejestr** - rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą,   
   o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz.160);
4. **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.   
   o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
5. **rozporządzenie** - rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
6. **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert   
   w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy   
   o świadczeniach;
7. **świadczenie w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR)** – świadczenie opieki zdrowotnej polegające na szpitalnej wstępnej diagnostyce oraz leczeniu w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195);
8. **świadczenie w szpitalnej izbie przyjęć (IP)** – świadczenie opieki zdrowotnej - ambulatoryjnej pomocy doraźnej udzielone w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, które nie zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w ustawie   
o świadczeniach, w rozporządzeniu oraz w przepisach wydanych na podstawie   
art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

**Rozdział 2**

**Przedmiot postępowania**

**§ 3.** 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą udzielali świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne,   
w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć, odpowiednio na obszarze terytorialnym:

1. województwa;
2. więcej niż jednego powiatu;
3. powiatu;
4. więcej niż jednej gminy;
5. gminy;
6. więcej niż jednej dzielnicy;
7. dzielnicy.
8. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym   
   w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia   
   5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) – (Dz. Urz. WE. L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy   
   o świadczeniach, przedmiotem umów objęty jest kod: 85110000-3 Usługi szpitalne   
   i podobne.
9. Świadczenia w szpitalnej izbie przyjęć (IP) oraz szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) stanowią odrębne zakresy świadczeń - w przypadku, gdy świadczeniodawca w ramach IP zapewnia całodobową opiekę lekarską   
   i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia, natomiast w przypadku SOR wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, niezależną   
   od całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zapewnianej w innych komórkach organizacyjnych szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.
10. Świadczenia w SOR i w IP u tego samego świadczeniodawcy w tej samej lokalizacji są kontraktowane alternatywnie.
11. W SOR świadczeniodawca zapewnia realizację procedur medycznych objętych programem specjalizacji w medycynie ratunkowej, w szczególności procedur medycznych określonych w **załączniku nr 5** do zarządzenia oraz badań laboratoryjnych określonych w **załączniku nr 4** do zarządzenia.
12. Fundusz zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, są określone w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w części VIII systemu kodu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach, określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

**Rozdział 3**

**Szczegółowe warunki umowy**

**§ 4.** 1.Przedmiot umowy w rodzaju leczenie szpitalne odpowiednio w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć, zwanej dalej „umową”, stanowi realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, w ramach poszczególnych zakresów określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, finansowanych przez Fundusz.

2. Wzór umowy stanowi załącznik **nr 2 do zarządzenia**.

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

**§ 5.**1. Świadczeniodawca realizujący umowę, obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu.

2. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

**§ 6.** 1.Świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach, określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

1. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 5.
3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy   
   w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie   
   o świadczeniach.
4. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy   
   o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział   
   w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.
5. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

**§ 7.**1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych   
w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia i udostępniania na żądanie Funduszu rejestru zakażeń zakładowych.

3. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest   
do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia   
do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo   
do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 3, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 5 ust. 4 wzoru umowy.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

**§ 8.**1. Świadczenia opieki zdrowotnej, objęte umową, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, wymienione w **załączniku nr 2**   
do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie   
z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

**§ 9.** 1.Warunki rozliczania świadczeń będących przedmiotem umowy określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

1. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo – finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem umowy finansowane są na podstawie ryczałtu dobowego, określonego dla zakresu świadczeń, zgodnie   
   z **załącznikiem nr 1** do zarządzenia.
3. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:
4. rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących, według ICD-10;
5. istotnych procedur medycznych łącznie z datą ich wykonania według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.
6. Dane, o których mowa w ust. 4, winny być zgodne z danymi zawartymi   
   w prowadzonej dokumentacji medycznej.
7. Świadczeniodawca gromadzi i przekazuje Funduszowi dane   
   o świadczeniach udzielonych poszczególnym osobom, w zakresie i na zasadach określonych w przepisach ustawy o świadczeniach, w zarządzeniach wydanych przez Prezesa Funduszu na podstawie tych przepisów oraz w umowie.
8. Dane o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych poszczególnym osobom Świadczeniodawca obowiązany jest przekazać zgodnie z zakresami świadczeń i kodami świadczeń, określonymi w planie rzeczowo – finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

**§ 10.** 1. Udzielając świadczeń w SOR lub IP, świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdania wykonanych procedur medycznych według ICD-9 wraz   
z odpowiadającymi im kodami produktów, zgodnie z wykazem określonym odpowiednio w załączniku nr 3 lub w załączniku nr 7 do zarządzenia.

1. Sprawozdanie wykonania procedury z kategorii wyższej uwarunkowane jest koniecznością wykazania wykonania procedur z każdej z kategorii niższych,   
   z zastrzeżeniem, o którym mowa w ust. 3.
2. W sytuacji udzielania świadczeń w SOR sprawozdanie procedur   
   z kategorii V lub VI uwarunkowane jest wykazaniem wykonania przynajmniej jednej procedury z danej kategorii oraz minimum trzech procedur z różnych kategorii   
   z przedziału I-IV.

**§ 11.** 1. Kalkulacji ceny jednostki rozliczeniowej w SOR dokonuje się   
z uwzględnieniem liczby pacjentów i rodzaju zrealizowanych procedur medycznych oraz potencjału wykonawczego, rozumianego jako: personel medyczny, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, a także możliwości diagnostyczno – terapeutyczne.

2. Finansowanie świadczeń udzielanych w SOR odbywa się w oparciu   
o stawkę ryczałtu dobowego (R), którego wysokość stanowi suma trzech składowych zgodnie ze wzorem:

**R = S + Rs + Rf**

gdzie:

S - stawka bazowa,

Rs - składowa ryczałtu za strukturę,

Rf- składowa ryczałtu za funkcję.

3. Stawka bazowa określona jest w oparciu o minimalne wymagania   
w zakresie wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych, wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2015 r.  poz. 178 oraz z 2016 r.   
poz. 2131) i przyjmuje wartość 4 110,00 zł.

4. W przypadku świadczeniodawców posiadających w strukturze centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci i nieposiadających wydzielonego zespołu urazowego suma stawki bazowej i składowej ryczałtu za strukturę (Rs) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika 1,1, natomiast w przypadku świadczeniodawców posiadających w strukturze centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci i posiadających zdefiniowany, stale wydzielony i przypisany funkcjonalnie do SOR zespół urazowy powyższa suma korygowana jest z zastosowaniem współczynnika 1,6, z zastrzeżeniem, że pozostający w stałej gotowości do udzielania świadczeń pacjentowi urazowemu zespół urazowy wydzielony zostaje z personelu medycznego niewyznaczonego do udzielania świadczeń w tym samym czasie w SOR lub w innej komórce organizacyjnej szpitala.

5. Składowa ryczałtu za strukturę stanowi iloczyn dobowej wartości stawki bazowej dla SOR i wskaźnika (%) spełnionych dodatkowych warunków (organizacyjnych i kadrowych – z wyłączeniem personelu wchodzącego w skład stale wydzielonego zespołu urazowego funkcjonującego w centrum urazowym), określonych na podstawie ankiety, której wzór stanowi **załącznik nr 6**   
do zarządzenia.

6. Składowa ryczałtu za funkcję określana jest według poniższego wzoru,   
z uwzględnieniem liczby pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta, na podstawie wykonanych procedur medycznych określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz wag poszczególnych kategorii:



gdzie:

a – stawka za punkt (w SOR przyjmuje się wartość 1 zł),

ld – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji (do kalkulacji przyjmuje się okres zawierający dane sprawozdawcze z pełnych 12 miesięcy,   
a w przypadku ich braku, do obliczeń przyjmuje się dane sprawozdawcze z minimum 3 kolejnych miesięcy),

Pi – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta. Składowa uwzględnia:

1. pacjentów zakwalifikowanych do kategorii V i VI przyjętych w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;
2. pacjentów, dla których świadczenie w SOR nie zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce;

oraz

1. pacjentów urazowych lub pacjentów urazowych dziecięcych, dla których świadczenie w centrum urazowym zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce i do rozliczenia wskazane zostało świadczenie z określonych w charakterystyce grupy T z katalogu grup,

Wi – waga odpowiedniej kategorii, określona w poniższej tabeli:

**Kategorie stanu zdrowia pacjenta w SOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategoria** | **Zakres świadczeń udzielanych pacjentom** | **Waga** |
| **I** | Ocena stanu pacjenta (triage), podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet podstawowy, EKG), porada lekarska, opieka pielęgniarska, farmakoterapia | 81 |
| **II** | Rozszerzona diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet dodatkowy, RTG przeglądowe, USG), konsultacja, małe zabiegi | 216 |
| **III** | Rozszerzona diagnostyka obrazowa, monitorowanie podstawowych czynności życiowych, farmakoterapia (dożylna, doszpikowa), mały zabieg operacyjny w trybie ambulatoryjnym, badanie inwazyjne (nakłucie lędźwiowe, nakłucie jam ciała), inne badania dodatkowe | 297 |
| **IV** | Czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka, prowadzenie infuzji dożylnych, endoskopia, resuscytacja (ALS z użyciem urządzeń mechanicznych) | 433 |
| **V** | Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR – monitorowanie funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka obrazowa (angiotomografia, trauma scan, TK w znieczuleniu ogólnym u dzieci) | 649 |
| **VI** | Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT – monitorowanie funkcji życiowych pacjenta według karty wzmożonego nadzoru - stanowiącej odpowiednio załącznik nr 8 i 9 do zarządzenia, monitoring, sztuczna wentylacja, farmakoterapia, dalsza diagnostyka, damage control | 757 |

7. Kalkulacji ceny jednostki rozliczeniowej w IP dokonuje się   
z uwzględnieniem liczby pacjentów i rodzaju zrealizowanych procedur medycznych oraz procentowego udziału pacjentów przyjętych w trybie nagłym przekazanych przez zespół ratownictwa medycznego i hospitalizowanych na oddziałach wskazanych w wojewódzkim planie działania systemu jako jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

8. Finansowanie świadczeń udzielanych w IP odbywa się w oparciu   
o stawkę ryczałtu dobowego (R), którego wysokość stanowi suma trzech składowych zgodnie ze wzorem:

**R = S + Wd + Rf**

gdzie:

S – stawka bazowa,

Wd – wskaźnik dostępu,

Rf - składowa ryczałtu za funkcję.

9. Stawka bazowa stanowiąca składową ryczałtu dobowego określana jest przez dyrektora Oddziału Funduszu.

10. Wskaźnik dostępu (Wd) stanowi iloczyn stawki bazowej i udziału procentowego łącznej liczby pacjentów przyjętych w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego i hospitalizowanych na oddziałach wskazanych jako jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane   
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym   
w łącznej liczbie pacjentów hospitalizowanych na tych oddziałach. Do kalkulacji przyjmuje się okres zbieżny z okresem przyjętym do wyliczenia składowej ryczałtu za funkcję (ld).

11. Składowa ryczałtu za funkcję określana jest według poniższego wzoru,   
z uwzględnieniem liczby pacjentów, zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta, na podstawie wykonanych procedur medycznych, określonych w **załączniku nr 7** do zarządzenia oraz wag poszczególnych kategorii:



gdzie:

a – stawka za punkt (w IP przyjmuje się wartość 1 zł),

ld – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji (do kalkulacji przyjmuje się okres zawierający dane sprawozdawcze z pełnych 12 miesięcy, a w przypadku ich braku, do obliczeń przyjmuje się dane sprawozdawcze z minimum 3 kolejnych miesięcy),

Pi – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta, dla których świadczenia w IP zostały zakończone wypisem (składowa nie uwzględnia pacjentów planowych oraz przyjętych do dalszej hospitalizacji w danym podmiocie),

Wi – waga odpowiedniej kategorii, określona w poniższej tabeli:

**Kategorie stanu zdrowia pacjenta w IP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategoria** | **Zakres świadczeń udzielanych pacjentom** | **Waga** |
| I | Porada lekarska, opieka pielęgniarska, wstępna ocena stanu zdrowia pacjenta | 55 |
| II | Podstawowa diagnostyka (RTG, USG, badania laboratoryjne), konsultacja specjalistyczna, małe zabiegi, monitorowanie podstawowych czynności życiowych | 127 |
| III | Rozszerzona diagnostyka (TK, USG – doppler), czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, resuscytacja | 237 |
| IV | Procedury wykonywane podczas konsultacji specjalistycznych | 309 |
|  |  |  |

12. W sytuacji wykonania na rzecz pacjenta kilku procedur medycznych, podstawę zakwalifikowania pacjenta do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia stanowią procedury, którym przypisano najwyższą kategorię odpowiednio w:

1. w **załączniku nr 3** do zarządzenia – w przypadku SOR;
2. w **załączniku nr 7** do zarządzenia – w przypadku IP.

13. Wykonanie w SOR na rzecz pacjenta co najmniej trzech procedur   
z kategorii IV stanowi podstawę do zakwalifikowania pacjenta do kategorii V, pod warunkiem, że procedury należą do różnych kategorii głównych, zgodnie   
z klasyfikacją ICD-9.

14. Dla świadczeniodawców rozpoczynających udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie SOR lub IP składowa ryczałtu za funkcję przyjmuje wartość najniższej obowiązującej w województwie składowej ryczałtu za funkcję.   
W przypadku świadczeniodawcy, który zakończył udzielanie świadczeń w IP   
i rozpoczyna udzielanie świadczeń w SOR wyliczenie stawki za funkcję odbywa się   
w oparciu o sprawozdawczość dotychczas funkcjonującej IP.

15. Po upływie minimum 3 kolejnych miesięcy, licząc od pierwszego dnia realizacji umowy w zakresie SOR/IP przez świadczeniodawcę, o którym mowa   
w ust. 14, dokonuje się weryfikacji stawki ryczałtu dobowego na podstawie danych sprawozdawczych.

16. W prowadzonej dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych   
na stanowisku intensywnej terapii w SOR wymagane jest prowadzenie karty wzmożonego nadzoru, której wzór określony jest w **załączniku nr 8** lub   
w **załączniku nr 9** do zarządzenia.

**Rozdział 4**

**Postanowienia końcowe**

**§ 12.**  Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zachowują ważność na czas na jaki zostały zawarte.

**§ 13.**  Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 15, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, z tym, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w załączniku nr 2 niniejszego zarządzenia.

**§ 14.** Dyrektorzy oddziałów Funduszu zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

**§ 15**. Traci moc zarządzenie Nr 69/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania   
i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć.

**§ 16.**Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia podpisania.

**Z up. Prezesa**

**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**Z-ca Prezesa ds. Finansowych**

Maciej Miłkowski

1. 1)Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107 i 138. [↑](#footnote-ref-1)