

ZARZĄDZENIE Nr 160/2021/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 30.09.2021 r.

w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292 i 1559) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa przedmiot oraz szczegółowe warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **aplikacja obsługująca postępowanie** – aplikację udostępnianą przez Narodowy Fundusz Zdrowia w celu przygotowania formularza wniosku, o którym mowa w pkt 28;
- 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) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** – dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 5) **koordynator** – osoba, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz.1050), do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie

oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych;

- 6) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu udzielania świadczeń określonego zakresu;
- 7) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 8) **Ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów określone w załączniku do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 9) **oznaczenie OW/Dyrektora OW** – nadruk lub pieczęć zawierająca co najmniej imię, nazwisko oraz podpis rozumiany również jako złożony w postaci elektronicznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym;
- 10) **oznaczenie lekarza** – nadruk lub pieczęć lekarza zawierająca co najmniej imię, nazwisko i nr prawa wykonywania zawodu (NPWZ) oraz podpis rozumiany również jako złożony w postaci elektronicznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym;
- 11) **oznaczenie pielęgniarki/higienistki szkolnej** – nadruk lub pieczęć pielęgniarki/higienistki szkolnej zawierająca co najmniej imię, nazwisko i nr prawa wykonywania zawodu (NPWZ)/nr PESEL oraz podpis rozumiany również jako złożony w postaci elektronicznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym;
- 12) **oznaczenie położnej** – nadruk lub pieczęć położnej zawierająca co najmniej imię, nazwisko i nr prawa wykonywania zawodu (NPWZ)/nr PESEL oraz podpis rozumiany również jako złożony w postaci elektronicznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym;

- 13) **oznaczenie świadczeniodawcy (wnioskującego)** – nadruk lub pieczęć zawierająca co najmniej nazwę (firmę), adres, numer telefonu i nr REGON świadczeniodawcy oraz, w wymaganych przypadkach, podpis rozumiany również jako złożony w postaci elektronicznej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym;
- 14) **porada lekarska** – świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 części I załącznika nr 1 do rozporządzenia, o którym mowa w pkt 20, przeprowadzone zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej przez lekarza posiadającego kwalifikacje określone w niniejszym zarządzeniu, obejmujące:
- a) badanie przedmiotowe lub
 - b) badanie podmiotowe, lub
 - c) świadczenia zabiegowe, lub
 - d) badania diagnostyczne niezbędne dla postawienia diagnozy lub kontynuacji prowadzonego przez lekarza procesu leczenia, lub
 - e) ordynację leków;
- 15) **porada receptowa** – świadczenie realizowane w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, odzwierciedlone w dokumentacji medycznej; obejmujące ordynację leków, którego celem jest kontynuacja leczenia, bez konieczności uprzedniego, osobistego zbadania świadczeniobiorcy, po analizie dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej;
- 16) **Portal Narodowego Funduszu Zdrowia** – informatyczne środowisko komunikacji, określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, przeznaczone do wymiany informacji między użytkownikami (wnioskujący, oferenci, świadczeniodawcy realizujący umowy, podwykonawcy, apteki), a Funduszem;
- 17) **poświadczenie** – dokument, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, potwierdzający uprawnienia świadczeniobiorcy do korzystania na terytorium Rzeczypospolitej

Polskiej ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- 18) **poz** – podstawową opiekę zdrowotną;
- 19) **regulamin techniczny przygotowania wniosku** – zasady zastosowania aplikacji (w tym Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia i aplikacji obsługującej postępowanie w sprawie zawarcia umów) oraz sposób przygotowania formularza wniosku, o którym mowa w pkt 28;
- 20) **rozporządzenie MZ** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 21) **świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia** – traktowany jako jedno świadczenie cykl udokumentowanych procedur medycznych określonych w części II „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia” załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ;
- 22) **ustawa** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 23) **ustawa o poz** – ustawę z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;
- 24) **ustawa o refundacji** - ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.);
- 25) **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, organizowane na zasadach określonych w odrębnych przepisach i realizowane w poz, na podstawie zlecenia lekarza poz, od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 26) **transport sanitarny „daleki” w poz** – transport sanitarny w poz realizowany wyłącznie w sytuacjach określonych w § 28 ust. 2;

- 27) **uprawnienia do świadczeń** – uprawnienia świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 28) **wniosek** – wniosek osoby ubiegającej się o zawarcie umowy, o której mowa w § 3;
- 29) **wnioskujący** – świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. a i b ustawy, ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie poz, a w przypadku wniosku o zawarcie umowy na świadczenia transportu sanitarnego w poz – podmiot, o którym mowa w art. 161c ust. 1 ustawy;
- 30) **zakres świadczeń** – świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danych świadczeniach gwarantowanych lub zakresie świadczeń danego rodzaju, dla których w umowie określa się sposób i kwotę finansowania.

2. Użyte w zarządzeniu określenia, inne niż wymienione w ust. 1, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu MZ oraz w Ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Przedmiot umowy

§ 3. 1. Z uwzględnieniem § 4, przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zwanej dalej „umową” lub „umową poz”, stanowi realizacja świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu MZ, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych albo w środowisku nauczania i wychowania, finansowanych przez Fundusz.

2. Stosownie do przedmiotu umowy, świadczeniodawca obowiązany jest do:

- 1) informowania świadczeniobiorców o świadczeniach gwarantowanych udzielanych w ramach programów profilaktycznych. W tym celu świadczeniodawca umieszcza w miejscu udzielania świadczeń zaproszenie skierowane do świadczeniobiorców spełniających wymagania do udziału w programie, wraz z krótką charakterystyką świadczenia oraz wskazaniem zasad jego realizacji;

2) koordynowania procesu rekrutacji świadczeniobiorców do programów profilaktycznych oraz zapraszania świadczeniobiorców kwalifikujących się do danego programu.

3. Odpowiednio do przedmiotu umowy, jednostki rozliczeniowe poszczególnych świadczeń oraz ceny odpowiadających im jednostek w okresie rozliczeniowym określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

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

5. Wzór umowy określony jest w załączniku nr 2 do zarządzenia.

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

§ 4. 1. W rodzaju poz wyodrębnia się następujące przedmioty wniosku i umowy:

- 1) świadczenia lekarza poz;
- 2) świadczenia pielęgniarki poz;
- 3) świadczenia położnej poz, w tym - pod warunkiem spełnienia wymagań do realizacji:
 - a) świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy,
 - b) świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;
- 4) świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania, zwane dalej „świadczeniami pielęgniarki szkolnej”;
- 5) świadczenia transportu sanitarnego w poz;
- 6) koordynacja opieki – zadania koordynatora.

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.²⁾) oraz z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie;
- 2) 85141100-0 Usługi świadczone przez położne;
- 3) 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki;

²⁾ wymienione rozporządzenie zostało zmienione: rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. W. L 329 z 17.12.2003 r., str. 1–270), rozporządzeniem Komisji (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) oraz dyrektywę 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące procedur udzielania zamówień publicznych w zakresie zmiany CPV (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. U. L 74 z 15.3.2008, str. 1-375) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 596/2009 z dnia 18 czerwca 2009 r. dostosowującym do decyzji Rady 1999/468/WE niektóre akty podlegające procedurze, o której mowa w art. 251 Traktatu, w zakresie procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Dostosowanie do procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Część czwarta (Dz.U. L 188 z 18.7.2009, str. 14-92).

- 4) 85120000-6 Usługi medyczne i podobne.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umów

§ 5. 1. Świadczenia gwarantowane w poz obejmują świadczenia z zakresu medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych oraz pediatrii, związane z procesem koordynacji, ukierunkowane na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację świadczeniobiorcy podczas choroby, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, odpowiednio do przedmiotu umowy, udzielane są w sposób kompleksowy. W trakcie udzielania tych świadczeń świadczeniodawca zapewnia realizację zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 4 ustawy o poz, a w przypadku udzielania świadczeń kobietom w ciąży i dzieciom do ukończenia 18. roku życia, także z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329). Świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej udzielane są z zachowaniem zasad określonych w przepisach rozporządzenia o opiece okołoporodowej. W przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz, świadczenia udzielane są z zachowaniem wymagań określonych w § 8 ust. 3 Ogólnych warunków umów.

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

§ 6. 1. W celu wyłonienia podmiotów do udzielania świadczeń w zakresie poz, dyrektor Oddziału Funduszu zamieszcza na stronie internetowej właściwego Oddziału Funduszu informacje o warunkach zawarcia umowy w rodzaju poz oraz naborze wniosków.

2. Wnioskujący o zawarcie umowy obowiązany jest spełniać, odpowiednio do przedmiotu umowy, wymagania określone w odrębnych przepisach, w szczególności w rozporządzeniu MZ oraz w niniejszym zarządzeniu.

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

§ 7. 1. W trakcie realizacji umowy, świadczeniodawca - każdorazowo przed przyjęciem deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie o poz, oraz przy udzielaniu

świadczeń – obowiązany jest do potwierdzania, zgodnie z art. 50 ustawy, uprawnień do świadczeń świadczeniobiorcy.

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

3. Jeżeli z przyczyn technicznych nie jest możliwe dokonanie potwierdzenia z wykorzystaniem usługi e-WUŚ, świadczeniodawca obowiązany jest:

- 1) umożliwić świadczeniobiorcy potwierdzenie prawa do świadczeń w sposób określony w art. 50 ust. 6 ustawy; lub
- 2) poinformować świadczeniobiorcę o możliwości złożenia oświadczenia w sposób, o którym mowa w art. 50 ust. 2a lub 2b.

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

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

6. W przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców w dniu bieżącej realizacji umowy, jest deklaracja wyboru, o której mowa w ustawie o poz, złożona w tym samym okresie przez przebywającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z czasowym zatrudnieniem cudzoziemca nieposiadającego nadanego numeru PESEL, który swoje uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych potwierdził na podstawie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, świadczeniodawca, dla zapewnienia identyfikacji świadczeniobiorcy celem rozliczania świadczeń, przekazuje do Funduszu NIP płatnika, który dokonał zgłoszenia świadczeniobiorcy do ubezpieczenia zdrowotnego.

7. W przypadku, gdy osoba, o której mowa w ust. 6, posiadanie uprawnień do świadczeń może potwierdzić jedynie przez złożenie oświadczenia, o którym mowa

w art. 50 ust. 2a, 2b lub ust. 6 ustawy, udzielone jej świadczenia podlegają rozliczeniu wyłącznie na podstawie dedykowanych w umowie produktów rozliczeniowych finansowanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej.

§ 8. 1. Świadczenia gwarantowane w zakresie poz udzielane są w przypadku świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1:

- 1) pkt 1-3, osobom znajdującym się na listach świadczeniobiorców lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, które zgodnie z posiadanymi uprawnieniami złożyły u świadczeniodawcy, odpowiednio, deklarację wyboru: świadczeniodawcy i lekarza poz, świadczeniodawcy i pielęgniarki poz, świadczeniodawcy i położnej poz, o której mowa w ustawie o poz, włączając w to zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji³⁾;
- 2) pkt 4, osobom znajdującym się na odpowiednich listach uczniów;
- 3) pkt 5, świadczeniobiorcom znajdującym się na listach lekarza poz.

2. Zapisy na listy świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 1 pkt 1, świadczeniodawca prowadzi na bieżąco, uwzględniając prawa świadczeniobiorców, o których mowa w art. 9 ust. 1-5 i art. 10 ust. 1 i 4 ustawy o poz.

3. W przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców w dniu bieżącej realizacji umowy jest deklaracja wyboru, o której mowa w ustawie o poz, złożona w tym samym okresie przez osobę, dla której dane usługi e-WUŚ udostępnianej przez Fundusz, w dniu złożenia deklaracji, lub dniu przyjęcia deklaracji przez świadczeniodawcę w przypadku złożenia jej za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, nie potwierdzają uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a która swoje uprawnienia do świadczeń potwierdziła na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo wyłącznie przez złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 2b lub ust. 6 ustawy, wpis taki ważny jest przez sześć okresów sprawozdawczych liczonych od dnia złożenia deklaracji.

4. W przypadku deklaracji złożonych przed dniem, o którym mowa w ust. 3, przepisy ust. 3 stosuje się odpowiednio. Okres finansowania w tych przypadkach

³⁾ rozumie się przez to osoby uprawnione na podstawie przepisów, o których mowa w art. 5 pkt 32 ustawy, legitymujące się poświadczeniem wydanym przez właściwy terytorialnie Oddział Funduszu na podstawie zarejestrowanego formularza E106 lub E109, lub E120, lub E121, lub odpowiednio dokumentu S1 albo DA1, wydanych przez instytucję innego państwa członkowskiego UE/EFTA, oraz osoby posiadające wydany przez Narodowy Fundusz Zdrowia formularz E106 lub E109, lub E120, lub E121, lub E123 lub dokument S1 albo DA1 zamieszkujące w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA, którym zgodnie z obowiązującymi przepisami o koordynacji, tj. art. 18 i 27 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. L 166 z 30.04.2004, str. 1-123, z późn. zm.), pomimo zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych w Rzeczypospolitej Polskiej, jako państwie właściwym.

liczony jest od dnia potwierdzenia przez świadczeniobiorcę uprawnień do świadczeń na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo dnia złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 2b lub ust. 6 ustawy.

5. Wykaz osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy stanowi integralną część umowy.

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

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

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

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

9. Świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju poz obowiązany jest do informowania świadczeniobiorców o dostępnych świadczeniach poz, zasadach ich udzielania oraz organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 13 ust. 3 ustawy o poz.

10. Świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju poz, w zakresach: lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, obowiązany jest do zapewnienia, w wymiarze nie mniejszym niż dwie godziny tygodniowo, możliwości uzyskania przez świadczeniobiorcę świadczeń udzielanych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporad). O możliwości uzyskania świadczeń określonych w zdaniu pierwszym, świadczeniobiorcy są informowani w sposób, o którym mowa w ust. 9.

Zasady rozliczania, sprawozdawania i finansowania świadczeń

§ 9. 1. Dla celów rozliczania udzielonych świadczeń w zakresie poz stosuje się:

- 1) kapitacyjną stawkę roczną – dla świadczeń w zakresie poz udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarki, położnej, jednostki transportu sanitarnego lub koordynacji opieki; w przypadku świadczeń lekarza poz,

stawka kapitaacyjna obejmuje kwotę przeznaczoną na pokrycie kosztów badań diagnostycznych wykonywanych przez lekarza poz w procesie udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy;

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

2. Potwierdzenie udzielenia porady, wizyty lub innego świadczenia stanowi dokonanie jego opisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, a dla zrealizowanych zabiegów - wpisu w księdze zabiegowej, z wyjątkiem świadczeń, o których mowa w § 8 ust. 7 i 8 oraz w § 20 ust. 3 i 4, dla których dodatkowo wymagane jest potwierdzenie zrealizowania świadczenia przez osobę, której zostało udzielone lub jej opiekuna prawnego lub faktycznego.

3. Potwierdzenie wykonania badania diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej u świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń lekarza poz oraz umowę o udzielanie świadczeń położnej poz w części dotyczącej zakresu: świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej, stanowi opis tego badania w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy oraz specyfikacja do faktury, wystawionej świadczeniodawcy przez podwykonawcę badania, w której wyszczególnione jest dane badanie albo wpis w rejestrze badań wykonywanych we własnym zakresie.

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

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

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

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

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

z tym, że w przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej w ramach umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego, należność powiększona jest o iloczyn liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitałowej stawki rocznej, odrębnie określonej dla finansowania tych świadczeń w załączniku nr 1 do zarządzenia;

- 2) liczba świadczeniobiorców, o której mowa w pkt 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie listy świadczeniobiorców przekazanej przez świadczeniodawcę w formie bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru, o których mowa w ustawie o poz, w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej stosownie do przedmiotu umowy, na podstawie posiadanych deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarstwa, położnej poz, a w przypadku świadczeń pielęgniarstwa szkolnego – listy uczniów szkół, z którymi świadczeniodawca nawiązał współpracę oraz listy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową w tych szkołach;
- 3) informacja o aktywnych deklaracjach wyboru, o których mowa w ustawie o poz, lub uczniach objętych opieką pielęgniarstwa szkolnego, o której mowa w pkt 2, przekazywana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu nie później niż 7. dnia danego miesiąca w odniesieniu do bieżącego okresu sprawozdawczego;
- 4) Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych przez niego opieką; przekazana informacja stanowi podstawę finansowania świadczeń w danym okresie sprawozdawczym; po przeprowadzeniu przez Fundusz weryfikacji list świadczeniobiorców listy te są ostateczne, za wyjątkiem sytuacji, w których wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli deklaracji lub świadczeń, których wykonanie miało wpływ na realizowany proces rozliczeń wskażą na konieczność ich ponownej weryfikacji;
- 5) w przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z różnych województw, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru;
- 6) w przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców jest deklaracja wyboru, o której mowa w ustawie o poz, złożona w tym samym

okresie przez osobę, dla której dane usługi e-WUŚ udostępnianej przez Fundusz, w dacie złożenia deklaracji nie potwierdzają uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a która swoje uprawnienia do świadczeń potwierdziła na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, albo wyłącznie przez złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 2a, 2b lub ust. 6 ustawy, wpis taki ważny jest przez sześć okresów sprawozdawczych od daty złożenia deklaracji;

- 7) w sytuacji utraty przez świadczeniobiorcę uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, złożona przez niego deklaracja wyboru, o której mowa w art. 10 ustawy o poz, stanowi podstawę rozliczenia umowy, w przypadku ponownego nabycia przez tego świadczeniobiorcę prawa do świadczeń; deklaracja wyboru, o której mowa w zdaniu pierwszym i w pkt 6, zachowuje ważność;
- 8) w przypadku pozostawania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców, Fundusz ma prawo wstrzymania finansowania za wskazanych uczniów do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności;
- 9) obowiązek przekazywania informacji, o której mowa w pkt 3, nie dotyczy świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz; podstawę rozliczenia realizacji umów w tym zakresie stanowią zweryfikowane listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz danego świadczeniodawcy poz albo lekarzy poz tych świadczeniodawców poz, którzy złożyli danemu świadczeniodawcy wraz z informacją o listach zadeklarowanych świadczeniobiorców oświadczenie, którego wzór określony jest w załączniku nr 3 do zarządzenia.

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

- 1) należność z tytułu udzielonych świadczeń ustalana jest na podstawie raportu statystycznego z realizacji świadczeń w okresie sprawozdawczym, przekazywanego przez świadczeniodawcę nie później niż 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy rozliczenie;
- 2) raport statystyczny, o którym mowa w pkt 1, po przekazaniu przez świadczeniodawcę, podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu; Oddział Funduszu przekazuje świadczeniodawcy zwrotny komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń;

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

Zasady określone w pkt 1-3 w zakresie podstawy rozliczeń nie dotyczą świadczeń transportu sanitarnego „dalekiego” w poz, dla których obowiązują odrębne zasady sprawozdawania świadczeń, określone w oddziale 3.5.

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

10. Świadczeniodawca obowiązany jest prowadzić i przekazywać elektronicznie sprawozdawczość z realizacji świadczeń, w oparciu o obowiązujące na dzień wejścia w życie niniejszego zarządzenia, definicje komunikatów XML (odpowiednio: typu: ZBPOZ – *Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ*”, DEKL – *„Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ/KAOS”*, SWIAD – *„Komunikaty szczegółowe NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych”*), określone przez Prezesa Funduszu, na podstawie przepisów odrębnych. W przypadku konieczności zmiany definicji komunikatów XML w stosunku do definicji obowiązujących na dzień zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, Fundusz:

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

11. W przypadku, w którym wyniki dokonanej przez Oddział Funduszu weryfikacji kontrolnej deklaracji lub świadczeń wskazują na nieprawidłowości w procesie rozliczeń zrealizowanym zgodnie z postanowieniami ust. 7 pkt 4 i ust. 8 pkt 2, Oddział Funduszu,

wzywając świadczeniodawcę do korekty rozliczenia, przedstawia pisemne uzasadnienie wskazujące na konieczność wprowadzenia korekty.

§ 10. 1. W przypadku:

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

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

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do określonego lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, lub wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 6 ust. 3 ustawy o poz, deklaracje wyboru zachowują ważność do czasu dokonania wyboru innego lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz lub wyboru nowego świadczeniodawcy. Świadczeniodawca obowiązany jest do podjęcia działań zmierzających do zachowania zalecanych norm dotyczących liczby świadczeniobiorców; złożone uprzednio deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę.

Oddział 3.1

Świadczenia lekarza poz

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

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

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

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

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

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

5. W przypadku wniosków składanych do lekarza poz przez zadeklarowanych do niego świadczeniobiorców o zlecenie świadczenia transportu „dalekiego” w poz, w trybie i na zasadach określonych w oddziale 3.5, lekarz ustala zasadność ich realizacji.

§ 12. 1. W przypadku uprawdopodobnionego postępowaniem diagnostycznym, podejrzenia wystąpienia u świadczeniobiorcy nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, lekarz poz wydaje świadczeniobiorcy kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z art. 32a ust. 1 i 4 ustawy.

2. Wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego jest dokonywane z zastosowaniem aplikacji informatycznej (systemu informatycznego) udostępnionej przez Fundusz i sprawozdawane w formie porady lekarskiej.

3. Świadczeniodawca, w zwyczajowo przyjęty sposób, powinien informować świadczeniobiorców o możliwości wydawania przez lekarzy w jego placówkach, kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, a w szczególności umieścić powyższą informację wewnątrz budynku, w widocznych miejscach, przy imionach i nazwiskach lekarzy udzielających świadczeń.

4. Realizując obowiązek, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest stosować wzór znaku graficznego, określony w załączniku nr 26 do zarządzenia.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

§ 13. 1. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza poz nie powinna przekraczać 2500 osób.

2. Lekarz poz, może obejmować świadczeniobiorców opieką na podstawie deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie o poz, wyłącznie u jednego świadczeniodawcy realizującego umowę poz.

Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń lekarza poz

§ 14. 1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń lekarza poz stanowiących przedmiot umowy, w dniach i godzinach określonych w części I

załącznika nr 1 do rozporządzenia MZ, przestrzegając zasad organizacji udzielania świadczeń w nim określonych, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.

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

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

4. Lekarz poz wydaje skierowania na realizację zleceń pozostających w zakresie kompetencji pielęgniarki poz, położnej poz lub pielęgniarki szkolnej. Wzór skierowania przedmiotowego zlecenia lekarskiego jest określony w załączniku nr 5 do zarządzenia.

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

6. Lekarz poz jest uprawniony do wystawiania zadeklarowanym świadczeniobiorcom, na zasadach określonych w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydanych na podstawie art. 31d ustawy, skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych i domowych, z wyjątkiem skierowań na zabiegi fizjoterapeutyczne związane z leczeniem wad postawy oraz dysfunkcji narządu ruchu, których przyczyną są te wady (wyłączenie nie dotyczy lekarzy poz spełniających jednocześnie wymagania kwalifikacyjne określone w ww. przepisach), a także na rehabilitację ogólnoustrojową w przypadkach zaostrzeń chorób przewlekłych oraz rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, realizowane w warunkach ośrodka/oddziału dziennego rehabilitacji.

7. Z zastrzeżeniem ust. 6, w sytuacji stwierdzenia u świadczeniobiorcy wady postawy kwalifikującej do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, których

przyczyną są wady postawy, lekarz poz wystawia świadczeniobiorcy, odpowiednio do rozpoznania, skierowanie do poradni rehabilitacyjnej, ortopedycznej lub wad postawy.

8. W odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej, w przypadkach nie kwalifikujących się do rehabilitacji leczniczej, lekarz poz kieruje świadczeniobiorcę na zajęcia korekcyjno-kompensacyjne organizowane w szkołach i finansowane ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów.

9. Lekarz poz, w medycznie uzasadnionych przypadkach wynikających z prowadzonego przez niego procesu leczenia i diagnostyki, może kierować świadczeniobiorcę na badania finansowane przez Fundusz na podstawie odrębnych umów zawartych ze świadczeniodawcami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i na zasadach w nich określonych.

10. Zlecenie wystawiane przez lekarza poz w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, winno pozostawać w zgodności z tymi przepisami. Zlecenie, o którym mowa w zdaniu pierwszym wystawiane jest na druku zgodnym ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

11. W przypadku braku dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej lub ciągłości ich udzielania albo wystąpienia zagrożenia ograniczenia dostępności do świadczeń na obszarach wiejskich pozostających poza granicami administracyjnymi miast, obejmujących obszary gmin wiejskich i gmin miejsko-wiejskich, na których gęstość zaludnienia nie przekracza 50 mieszkańców na kilometr kwadratowy, świadczenia na takich obszarach mogą być udzielane przez lekarza dodatkowo zatrudnionego, nie posiadającego specjalizacji, który po zdaniu Lekarskiego Egzaminu Końcowego nie rozpoczął szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury.

12. W przypadku udzielania świadczeń na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporad), o których mowa w § 8 ust. 10, świadczeniodawca - lekarz poz, obowiązany jest do sprawozdawania zrealizowanych teleporad zgodnie z § 9 ust. 10.

Finansowanie świadczeń lekarza poz

§ 15.

1. Finansowanie świadczeń udzielonych przez lekarza poz na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 7, z zastrzeżeniem ust. 2–3.
2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza poz, stawka kapitacyjna korygowana jest z zastosowaniem współczynnika odpowiedniego do

grupy wiekowej świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy, to jest w odniesieniu do:

- 1) osoby niewymienionej w pkt 8, w wieku do 6. roku życia - współczynnik 2,7;
- 2) osoby niewymienionej w pkt 8, w wieku od 7. do 19. roku życia – współczynnik 1,2;
- 3) osoby niewymienionej w pkt 8, w wieku od 20. do 39. roku życia – współczynnik 1,0;
- 4) osoby niewymienionej w pkt 8, w wieku od 40. do 65. roku życia – współczynnik 1,34;
- 5) osoby niewymienionej w pkt 8, w wieku od 66. do 75. roku życia – współczynnik 2,7;
- 6) osoby niewymienionej w pkt 8, w wieku powyżej 75. roku życia – współczynnik 3,1;
- 7) podopiecznego domu pomocy społecznej, zwanego dalej „DPS” lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – współczynnik 3,1;
- 8) osoby niewymienionej w pkt 1-7 - współczynnik 3.2.

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

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

5. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez lekarza poz, dla których określone zostały w umowie odrębne warunki finansowania świadczeń.

6. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 5, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, są określone w załączniku nr 1 do zarządzenia.

7. Finansowanie świadczeń, o których mowa w § 14 ust. 11, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8 pkt 1-3, począwszy od 1. dnia miesiąca

następującego po miesiącu, w którym rozpoczęte zostało udzielanie świadczeń przez lekarza, o którym mowa w § 14 ust. 11 i trwa przez 12 kolejnych miesięcy.

8. Jednostką rozliczeniową dla świadczeń, o których mowa w § 14 ust. 11, jest ryczałt miesięczny, którego cena jednostkowa jest określona w załączniku nr 1 do zarządzenia w wierszu l.p. 1.8.

9. Finansowanie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna, odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w l.p. 1.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca ten przekazał dyrektorowi oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.

10. W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorców chorych przewlekłe, w ramach deklaracji wyboru lekarza POZ, o której mowa w § 8 ust. 1, zgodnie z jednostkami chorobowymi określonymi w załączniku nr 20 do zarządzenia, zastosowanie współczynnika korygującego stawką kapitacyjną, o którym mowa w ust. 2 pkt 8, odbywa się z zastosowaniem następujących zasad:

- 1) podstawę prowadzonej przez Oddział Funduszu weryfikacji w zakresie spełnienia warunku, o którym mowa w pkt 3, stanowią raporty z udzielonych porad, złożone od dnia 1 października 2019 r. przez świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w związku z leczeniem cukrzycy, przewlekłych chorób układu krążenia lub tarczycy;
- 2) liczba porad lekarza POZ udzielonych osobom z powodu chorób określonych w załączniku nr 20 do zarządzenia, nie może być mniejsza niż jedna przypadająca na 3 kolejne okresy sprawozdawcze;
- 3) udzielenie osobie, o której mowa w pkt 2, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odpowiadających wymienionym jednostkom chorobowym powoduje wstrzymanie rozliczenia tych świadczeń, współczynnikiem korygującym stawkę kapitacyjną, o którym mowa w ust. 2 pkt 8 na 12 kolejnych okresów sprawozdawczych, liczonych od daty udzielenia świadczenia, o którym mowa w pkt 1.

11. W przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 21 począwszy od dnia 1 stycznia danego roku, po zakończeniu:

- 1) I kwartału, świadczeniodawca, który udzielił świadczeń co najmniej 15% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK), zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców

na dzień 1 stycznia danego roku, udostępnioną przez Fundusz w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) wartość jednostki rozliczeniowej, o której mowa w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w następnym kwartale, korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1;

2) II kwartału, świadczeniodawca który udzielił świadczeń począwszy od dnia 1 stycznia 2020 r. co najmniej 15% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia danego roku, udostępnionej przez Fundusz w SIMP, wartość jednostki rozliczeniowej, o której mowa w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w następnym kwartale, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 1,1;

3) III kwartału, świadczeniodawca który udzielił świadczeń począwszy od dnia 1 stycznia 2020 r. co najmniej 30% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia danego roku, udostępnionej przez Fundusz w SIMP wartość jednostki rozliczeniowej, o której mowa w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w następnym kwartale, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 1,1;

4) IV kwartału, świadczeniodawca który udzielił świadczeń począwszy od dnia 1 stycznia 2020 r. co najmniej 45% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia danego roku, udostępnionej przez Fundusz w SIMP, wartość jednostki rozliczeniowej wskazanej w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w następnym kwartale, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 1,1.

12. W przypadku rozliczania świadczeń lekarza poz dotyczących świadczeniobiorców zakwalifikowanych do realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy zgodnie z ust. 11, zastosowanie ma cena jednostki rozliczeniowej określona w l.p. 1.9 załącznika nr 1 do zarządzenia.

Świadczenia pielęgniarki poz

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

2. Pielęgniarka poz sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, uwzględniając w tym zgodnie z obowiązującym zakresem zadań, realizację, na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, zleceń na zabiegi i procedury medyczne, których wykonanie możliwe jest w trybie ambulatoryjnym; pielęgniarka poz włącza skierowanie do prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

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

4. Zlecenie wystawiane przez pielęgniarkę poz w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, winno pozostawać w zgodności z tymi przepisami. Zlecenie, o którym mowa w zdaniu pierwszym jest wystawiane na druku zgodnym ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

5. Sprawowanie przez pielęgniarkę poz opieki nad zadeklarowanymi świadczeniobiorcami przebywającymi w Domach Pomocy Społecznej (DPS) obejmuje:

- 1) współdział w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
- 2) edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;
- 3) realizację świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarskiej oraz zleceń lekarskich.

6. W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, wyłącznie w domu świadczeniobiorcy i jedynie na zlecenie lekarza poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, pielęgniarka poz pobiera materiały do badań diagnostycznych. Świadczenie jest realizowane zgodnie z przekazanymi przez zleceniodawcę standardami jakości opracowanymi przez pracownię diagnostyczną, z którą zleceniodawca współpracuje oraz z zachowaniem zasad określonych w części I załącznika nr 2 do rozporządzenia MZ.

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

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

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

9. Świadczenia w profilaktyce wieku rozwojowego dzieci i młodzieży objętych indywidualnym nauczaniem, o których mowa w ustawie z dnia z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami(Dz. U. poz. 1078) pielęgniarka poz realizuje zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika nr 4 do rozporządzenia MZ.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

§ 17. 1. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz nie powinna przekraczać 2500 osób.

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

Organizacja udzielania świadczeń

i dostępność do świadczeń pielęgniarki poz

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

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

3. Harmonogram pracy świadczeniodawcy oraz harmonogram pracy pielęgniarki, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz zmiany w tych harmonogramach

świadczeniodawca składa do Oddziału Funduszu z wykorzystaniem Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia. Złożenie harmonogramów jest warunkiem zawarcia umowy o poz.

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

Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz

§ 19. 1. Finansowanie świadczeń pielęgniarki poz na podstawie rocznej stawki kapitałowej realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 7, z zastrzeżeniem ust. 2–3.

2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do pielęgniarki poz, stawka kapitałowa korygowana jest z zastosowaniem współczynnika odpowiedniego dla grupy wiekowej właściwej dla świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy:

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

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

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

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

6. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 5, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

7. Finansowanie świadczeń dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w l.p. 2.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca przekazał dyrektorowi oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.

Oddział 3.3

Świadczenia położnej poz

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

2. Sprawowanie opieki profilaktycznej przez położną poz obejmuje:

- 1) dokonanie rozpoznania problemów zdrowotnych populacji objętej opieką;
- 2) zaplanowanie i realizację na rzecz populacji objętej opieką, w zakresie posiadanych kompetencji, świadczeń profilaktycznych oraz z zakresu promocji zdrowia, w tym prowadzenie edukacji kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do porodu i rodzielnictwa.

3. W ramach sprawowania opieki okołoporodowej w przebiegu ciąży położna poz realizuje:

- 1) wizyty patronażowe w opiece nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu, z uwzględnieniem edukacji laktacyjnej – w liczbie od 4 do 6 w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych;
- 2) w przypadku ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, spośród rozpoznań wg Klasyfikacji ICD-10 wymienionych w załączniku nr 19 do zarządzenia, odpowiednio do sytuacji – wizyty patronażowe albo wizyty w opiece nad kobietą po

rozwiązaniu ciąży – w liczbie od 4 do 9 w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych;

- 3) wizyty w edukacji przedporodowej kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do porodu i rodzicielstwa, z zachowaniem poniższych zasad:
 - a) podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, jest opracowany przez położną poz i stanowiący integralną część dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, plan edukacji obejmujący praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej),
 - b) wizyty w edukacji przedporodowej realizowane są przez położną poz, począwszy od 21. tygodnia ciąży do rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż:
 - jeden raz w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 21. do 31. tygodnia ciąży, z wyjątkiem kobiet w ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, o których mowa w pkt 2, wobec których dopuszcza się rozliczenie w ramach realizacji indywidualnego harmonogramu wizyt, do 3 wizyt więcej,
 - dwa razy w tygodniu (od poniedziałku do piątku) w okresie od 32. tygodnia ciąży do rozwiązania, z wyjątkiem kobiet w ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, o których mowa w pkt 2, wobec których dopuszcza się rozliczenie w ramach realizacji indywidualnego harmonogramu wizyt, do 3 wizyt więcej;
- 4) wizyty w opiece okołoporodowej w przebiegu ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, o których mowa w pkt 2 i pkt 3 lit. b, realizowane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, który rozpoznał wady rozwojowe płodu; wzór skierowania stanowi załącznik nr 29 do zarządzenia;
- 5) udzielając świadczeń w opiece okołoporodowej kobietom w ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, położna poz współpracuje ze świadczeniodawcami, którzy realizują na rzecz tych kobiet świadczenia w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych oraz świadczenia psychologiczne.

4. Wizyty położnej poz w opiece pielęgnacyjnej nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej obejmują okres od dnia zakończenia

leczenia szpitalnego do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej i realizowane są przez położną na podstawie skierowania, o którym mowa w § 12 ust. 10 Ogólnych warunków umów albo karty informacyjnej z leczenia szpitalnego wydanych po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej, zgodnie z zaleceniami w nich zawartymi.

5. Położna poz dokumentuje udzielane świadczenia zdrowotne w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Wizyty, o których mowa w ust. 3 i 4, dodatkowo potwierdzane są podpisem świadczeniobiorcy albo jego opiekuna prawnego lub faktycznego.

6. Zlecenie wystawiane przez położną poz w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, winno być zgodne z tymi przepisami. Zlecenie, o którym mowa w zdaniu pierwszym, wystawiane jest na druku zgodnym ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 7 tej ustawy.

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

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

9. Położna poz, pod warunkiem spełnienia wymagań zapewniających realizację świadczeń zgodnie z obowiązującym standardem, może sprawować samodzielną opiekę nad kobietą w przebiegu prowadzenia ciąży fizjologicznej.

10. W sytuacji, o której mowa w ust. 9, położna poz realizuje świadczenia oraz zapewnia wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, zgodnie z zakresem i terminami określonymi w części II załącznika do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711), zwanego dalej „rozporządzeniem o opiece okołoporodowej”; udzielone świadczenia rozliczane są jako wizyty – po wykonaniu wszystkich świadczeń właściwych terminowi badania

określonymu w przepisach rozporządzenia o opiece okołoporodowej. Świadczenia z zakresu edukacji przedporodowej, mające na celu praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa, realizowane od 21. tygodnia ciąży, w formie grupowej lub indywidualnej, podlegają rozliczeniu na odrębnych zasadach.

11. W sytuacji wystąpienia wskazań medycznych, położna poz zapewnia dodatkowo wykonanie pacjentce jednorazowo 24-godzinnego ciągłego pomiaru ciśnienia krwi w warunkach domowych (Holter RR).

12. Wymagania do realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 9 i 10, oraz zasady obowiązujące przy sprawowaniu opieki w ramach umowy, są określone w załączniku nr 28 do zarządzenia. Wykonane świadczenia dokumentowane są w prowadzonej przez położną poz indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeniobiorcy oraz w Karcie ciąży.

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

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

Organizacja udzielania świadczeń i dostępność do świadczeń położnej poz

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

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

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

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

Finansowanie świadczeń położnej poz

§ 23. 1. Finansowanie świadczeń położnej poz na podstawie rocznej stawki kapitałowej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 7.

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 § 9 ust. 8 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

4. Finansowanie świadczeń dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitałowa odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającej ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w l.p. 3.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca przekazał dyrektorowi oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.

Oddział 3.4

Świadczenia pielęgniarki szkolnej

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

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

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

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

Organizacja, dostępność do świadczeń pielęgniarki szkolnej

oraz zasady tworzenia listy uczniów

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

2. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej, przedkłada w Oddziale Funduszu aktualną na dzień złożenia wniosku, informację o szkołach, z którymi zawarł porozumienie o współpracy i charakterystyce populacji uczniów, która w tych szkołach zostanie objęta opieką świadczeniodawcy na podstawie zawartej umowy.

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

4. Złożona w Oddziale Funduszu informacja, o której mowa w ust. 2 i 3, w przypadku zaistnienia zmian w wykazie szkół objętych opieką w trakcie realizacji umowy, podlega aktualizacji; zaprzestanie współpracy ze szkołą wymienioną w załączniku nr 7 do zarządzenia lub nawiązanie współpracy z nową szkołą, wymaga zgłoszenia Oddziałowi Funduszu z wyprzedzeniem, co najmniej jednego pełnego okresu sprawozdawczego poprzedzającego wejście w życie zmiany.

5. W przypadku, gdy porozumienie o współpracy, o którym mowa w ust. 2 i 3, zawarte zostało pomiędzy świadczeniodawcą a szkołą na czas określony kończący się w okresie trwania umowy, o której mowa w ust. 2, celem zapewnienia płynności rozliczania świadczeń, świadczeniodawca, z wyprzedzeniem co najmniej jednego pełnego okresu sprawozdawczego poprzedzającego termin związania porozumieniem, przedkłada Funduszowi kopię porozumienia przedłużającego okres współpracy.

Finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej

§ 27. 1. Finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej na podstawie rocznej stawki kapitałowej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 7, z zastrzeżeniem ust. 2–6.

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

- 1) typ szkoły I – szkoła podstawowa, szkoła, która w przeszłości była gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach w szkole), szkoła artystyczna na prawach szkoły, która w przeszłości była gimnazjum

lub liceum, szkoła policealna z okresem kształcenia nie dłuższym niż 2,5 roku:

- a) uczeń klasy ogólnej w szkole typu I (typ ucznia I.1) – współczynnik 1,0,
 - b) uczeń klasy integracyjnej i sportowej w szkole typu I (typ ucznia I.2) – współczynnik 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) – współczynnik 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) – współczynnik 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) – współczynnik 25,0;
- 2) typ szkoły II (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa) - uczeń szkoły typu II (typ ucznia II) – współczynnik 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) – współczynnik 5,0,
 - b) uczeń z niepełnosprawnością typu B w szkole typu III (typ ucznia IIIB) – współczynnik 9,4,
 - c) uczeń z niepełnosprawnością typu C w szkole typu III (typ ucznia IIIC) – współczynnik 25,0.

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

4. Finansowanie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitałowa odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w l.p. 4.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca przekazał dyrektorowi oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.

5. Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup uczniów, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące, oraz do grupy uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową, dokonywana jest na podstawie przekazywanej comiesięcznie do Oddziału Funduszu, za pośrednictwem *Komunikatu szczegółowego*

NFZ deklaracji POZ/KAOS, listy uczniów, o której mowa w § 9 ust. 7 pkt 2.

6. Przypisania ucznia do typu niepełnosprawności (A lub B lub C), z wyłączeniem uczniów szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie, świadczeniodawca dokonuje na podstawie wydanego orzeczenia o niepełnosprawności, które znajduje się w dokumentacji szkoły lub w posiadaniu ucznia.

7. Informację o liczbie uczniów objętych przez świadczeniodawcę opieką pielęgniarki szkolnej, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu dwukrotnie (w marcu i w październiku) w każdym roku, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 25 do zarządzenia, w terminach: do dnia 7 marca oraz do dnia 7 października.

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

Oddział 3.5

Transport sanitarny w poz

§ 28. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz stanowi realizacja świadczeń opieki zdrowotnej polegających na zapewnieniu świadczeniobiorcom, zgodnie ze wskazaniami medycznymi, przewozu środkiem transportu sanitarnego drogowego (ambulansem) do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, a w przypadku świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym, także z powrotem do miejsca zamieszkania (pobytu) świadczeniobiorcy, realizowanego na zasadach określonych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy oraz w § 4 ust. 2 rozporządzenia MZ, obejmujące:

- 1) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym;
- 2) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym;
- 3) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem;
- 4) przewóz, z miejsca zamieszkania (pobytu), w celu wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, i z powrotem;
- 5) przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.

2. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz obejmuje również świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w poz, które obejmują:

- 1) przewóz od granicy Rzeczypospolitej Polskiej do miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, w przypadku, gdy z przyczyn losowych, niewynikających z wyboru świadczeniobiorcy, korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a jego stan zdrowia w chwili uzyskania wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do miejsca zamieszkania;
- 2) przewóz od granicy Rzeczypospolitej Polskiej do najbliższego, ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, w przypadku gdy z przyczyn losowych, niewynikających z wyboru świadczeniobiorcy, korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a wypis ze szpitala następuje przed zakończeniem terapii i wymaga kontynuacji leczenia w kraju oraz, gdy nie istnieją medyczne przeciwwskazania do udzielenia świadczenia transportu sanitarnego poz;
- 3) przewozy w celu zapewnienia ciągłości sprawowanej opieki specjalistycznej realizowane z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do najbliższego, właściwego ze względu na zakres udzielanych świadczeń, świadczeniodawcy specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i z powrotem, w przypadku, gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca winien pozostawać pod stałą opieką danego świadczeniodawcy i odległość między miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy, a tym świadczeniodawcą przekracza łącznie tam i z powrotem 120 km;
- 4) przewozy w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych realizowane z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do świadczeniodawcy wskazanego skierowaniem na transport sanitarny i z powrotem, w przypadku, gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca winien korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń opieki ambulatoryjnej, realizowanych jedynie przez niektórych świadczeniodawców we właściwym zakresie świadczeń, a miejsce udzielania świadczeń znajduje się

w odległości przekraczającej łącznie tam i z powrotem 120 km, zaś ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy; powyższą zasadę stosuje się odpowiednio dla możliwych do realizacji w warunkach ambulatoryjnych, procedur kwalifikacji wstępnej świadczeniobiorców do świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

Warunki wymagane do zawarcia umowy

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

- 1) posiadanie w dyspozycji ambulansów do transportu sanitarnego drogowego typu A1, A2 o cechach technicznych i jakościowych oraz podstawowym wyposażeniu określonych dla środków transportu medycznego w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, z obsadą kadrową zapewniającą wykonywanie przewozów z zachowaniem wymogów, o których mowa w § 8 ust. 3 Ogólnych warunków umów;
- 2) posiadanie miejsca udzielania świadczeń (stacjonowania) dostępnego dla świadczeniobiorców, wyposażonego w telefon i podstawowe urządzenia biurowe oraz zapewniającego bezpieczeństwo przechowywania dokumentacji z realizacji przewozów;
- 3) posiadanie własnej listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz lub oświadczenie złożone zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia.

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.

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

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

5. Umowa o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz, poza sytuacjami określonymi w § 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 przewozu wydanego przez lekarza poz, po akceptacji wniosku o jego realizację w ramach umowy o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz, dokonanej przez dyrektora właściwego terytorialnie Oddziału Funduszu. Akceptacja dotyczy oceny zgodności wniosku w odniesieniu do przypadków określonych w § 28 ust. 2 i stanowi podstawę rozliczenia zrealizowanego świadczenia.

8. Wniosek o realizację przewozu, o którym mowa w ust. 7, składa do właściwego terytorialnie Oddziału Funduszu, w uzgodnieniu z lekarzem poz:

- 1) świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do występowania w jego imieniu, po uzyskaniu zaświadczenia (sporządzonego w języku polskim) od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych, w przypadkach określonych w § 28 ust. 2 pkt 1 i 2;
- 2) świadczeniobiorca lub osoba upoważniona do występowania w jego imieniu, po uzyskaniu zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w przypadkach określonych w § 28 ust. 2 pkt 3 i 4.

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

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

- 1) dane zleceniodawcy;
- 2) dane realizatora zlecenia (nazwa, adres, numer telefonu);
- 3) dane osobowe świadczeniobiorcy: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL;
- 4) dane dotyczące przewozu:
 - a) datę realizacji zlecenia i warunki wykonania przewozu (pozycja siedząca, leżąca, inne wynikające ze stanu zdrowia świadczeniobiorcy),
 - b) wskazania do realizacji przewozu:
 - konieczność natychmiastowego podjęcia leczenia,
 - zachowanie ciągłości leczenia,

- inna przyczyna medyczna,
 - c) docelowe miejsce przewozu oraz ewentualną informację o transporcie powrotnym,
 - d) informację, czy docelowe miejsce przewozu jest najbliższym miejscem udzielania świadczeń właściwym ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy, a jeśli nie – wskazanie najbliższego;
- 5) dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy (wskazywane w sytuacji uzasadnienia realizacji przewozu „inną przyczyną medyczną”):
- a) wskazanie medyczne, według wykazu chorób określonego w § 4 ust. 2 rozporządzenia MZ,
 - b) dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca samodzielne poruszanie się i korzystanie ze środków transportu publicznego oraz wymagająca przy poruszaniu się korzystania przez świadczeniobiorcę ze stałej pomocy innej osoby,
 - c) zdolność do samodzielnego poruszania się (braku konieczności korzystania ze stałej pomocy innej osoby), wymagająca przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- 6) rodzaj przewozu: „transport zwykły” albo „transport daleki”.

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

12. Jeżeli miejsce udzielenia świadczenia wskazane w zleceniu na transport sanitarny w poz, nie jest najbliższym we właściwym, uzasadnionym względami medycznymi, zakresie – koszty transportu wynikające z różnicy odległości między świadczeniodawcą najbliższym i docelowym, pokrywa świadczeniobiorca, zgodnie z cennikiem obowiązującym w jednostce realizującej świadczenie transportu sanitarnego. O konieczności poniesienia tych kosztów świadczeniobiorca informowany jest przez świadczeniodawcę wystawiającego zlecenie wykonania przewozu.

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

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

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

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

Finansowanie świadczeń transportu sanitarnego w poz

§ 30. 1. Świadczenia transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 28 ust. 1, finansowane są na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia oraz zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 7.

2. Świadczenia transportu sanitarnego w poz, o których mowa w § 28 ust. 2, rozliczane są na podstawie informacji o zrealizowanych przewozach, dla których jednostki rozliczeniowe stanowią zryczałtowane stawki za przewóz skorelowane z liczbą przebytych kilometrów (tam i z powrotem), określone w załączniku nr 1 do zarządzenia, oraz dołączonych przez świadczeniodawcę do rachunku specyfikacji tych przewozów zawierających w szczególności informację o liczbie przebytych kilometrów w odniesieniu do każdego przewozu.

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

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

oraz iloczynu liczby przebytych kilometrów przekraczającej odległość 400 km i ryczałtu określonego w poz. 5.3 załącznika nr 1 do zarządzenia.

Oddział 3.6

Koordynacja opieki

§ 31. 1. W procesie koordynacji opieki, o której mowa w art. 14 ust. 1 ustawy o poz, uczestniczy koordynator.

2. Do zadań koordynatora należy budowanie relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces koordynacji, a w szczególności:

- 1) koordynacja obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością;
- 2) nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia;
- 3) ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej, w tym profilaktyki i leczenia;
- 4) komunikacja pomiędzy personelem administracyjnym, a personelem medycznym zarówno podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony oraz innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń;
- 5) udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej;
- 6) analiza i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych;
- 7) monitorowanie realizacji indywidualnych planów opieki, o których mowa w art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy o poz.

3. Świadczeniodawca zapewnia dostępność koordynatora, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 5, z uwzględnieniem zasad organizacji udzielania świadczeń oraz zgodnie z harmonogramem zasoby określonym w załączniku nr 1 do umowy.

4. Liczbę osób objętych opieką koordynatora oblicza się na podstawie deklaracji wyboru lekarza poz z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 24 roku życia.

5. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką koordynatora w wymiarze 0,5 etatu przeliczeniowego nie powinna przekraczać 5000 osób.

§ 32. 1. Należność z tytułu zadań koordynatora stanowi suma iloczynów liczby świadczeniobiorców, o których mowa w § 31 ust. 4 i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitałowej stawki rocznej, określonej w lp. 6.1 w załączniku nr 1 do zarządzenia. Iloczyn stawki miesięcznej wyrażony jest w złotych i groszach.

2. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 1, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie zweryfikowanej aktywnej listy deklaracji wyboru lekarza poz przekazanej przez świadczeniodawcę w danym okresie sprawozdawczym.

Rozdział 4

Zawieranie umów w poz

§ 33. Warunkami zawarcia umowy są:

- 1) spełnianie przez wnioskującego wymagań określonych w niniejszym zarządzeniu i w przepisach odrębnych;
- 2) złożenie wniosku wraz z dokumentami i oświadczeniami, o których mowa w § 38.

§ 34. 1. Wniosek może być złożony w ciągu całego roku kalendarzowego.

2. Złożone prawidłowo wnioski rozpatrywane są w terminie 20 dni od dnia ich złożenia. Umowa obowiązuje od pierwszego dnia okresu sprawozdawczego następującego po dniu jej zawarcia.

§ 35. 1. Warunki dotyczące złożenia wniosku oraz warunki zawarcia umowy, a także inne dokumenty, udostępniane są przez Fundusz w formie elektronicznej, w miejscu i terminie określonym w informacji, o której mowa w § 6 ust. 1.

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

3. Wniosek w formie pisemnej obejmuje:

- 1) wydruk formularza wniosku, zgodny z jego postacią elektroniczną;
- 2) dokumenty i oświadczenia, o których mowa w § 38.

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

2. Formularz wniosku zawiera:

- 1) dane identyfikacyjne wnioskującego;
- 2) wykaz podwykonawców z informacją o umowach podwykonawstwa, w przypadku gdy w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy dopuszczone jest zlecanie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

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

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

4. W celu przygotowania wniosku wnioskujący obowiązany jest w szczególności do:

- 1) pobrania materiałów niezbędnych do przygotowania wniosku wraz z wnioskiem elektronicznym;
- 2) zarejestrowania profilu świadczeniodawcy z zastosowaniem Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) przygotowania formularza wniosku i wniosku elektronicznego;
- 4) zapisania wniosku elektronicznego na nośniku elektronicznym, z opisem zawierającym następujące informacje:
 - a) wyraz: „wniosek”,
 - b) nazwę i adres wnioskującego,
 - c) kod i przedmiot postępowania;
- 5) wydrukowania formularza wniosku zgodnego z wnioskiem elektronicznym, a następnie opatrzenia każdej strony tego wydruku kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania wnioskującego, zgodnymi z załączonym wzorem podpisów (określonym w załączniku nr 10 do zarządzenia);

- 6) umieszczenia wydruku formularza wniosku oraz nośnika elektronicznego z wnioskiem elektronicznym, o których mowa w pkt 4 i 5, w odrębnej, zaklejonej kopercie. Opis koperty powinien zawierać następujące informacje:
 - a) wyraz: „wniosek”,
 - b) nazwę i adres wnioskującego,
 - c) kod i przedmiot postępowania;
- 7) umieszczenia koperty, o której mowa w pkt 6, wewnątrz kolejnej koperty lub w innym opakowaniu zawierającym pozostałe dokumenty określone w § 38; każdą stronę dokumentów wymienionych w § 38, załączanych do wniosku, należy opatrzyć kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania wnioskującego, zgodnymi z załączonym wzorem podpisów;
- 8) umieszczenia na kopercie lub opakowaniu, o których mowa w pkt 7, informacji, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 11 do zarządzenia;
- 9) umieszczenia na kopercie lub opakowaniu, o których mowa w pkt 7, wydruku formularza rejestracyjnego zawierającego kod graficzny wygenerowany przez aplikację obsługującą postępowanie.

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

- 1) w sposób określony w § 36;
- 2) w języku polskim i w sposób czytelny.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. W sytuacji przedłużania okresu obowiązywania umowy niewygasającej z końcem okresu rozliczeniowego, w przypadku konieczności dokonania zmian w danych, o których mowa w § 36 ust. 2, w celu ich dostosowania do aktualnych przepisów, świadczeniodawca obowiązany jest do aktualizacji tych danych.

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

9. W przypadku, gdy wnioskujący w dniu złożenia wniosku jest świadczeniodawcą lub innym podmiotem realizującym zgodnie z posiadanymi uprawnieniami umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju poz i w związku z tym w dyspozycji Oddziału Funduszu pozostają zgodne ze stanem faktycznym informacje, o których mowa w § 36 ust. 2, oraz aktualne pod względem stanu prawnego i faktycznego dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2, 3 i 5, wniosek wraz z innymi dokumentami wymaganymi warunkami zawierania umów składany jest wyłącznie w formie pisemnej według wzoru określonego w załączniku nr 16 do zarządzenia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 43. Wnioskujący, którego wniosek o zawarcie umowy został rozpatrzony przez Oddział Funduszu pozytywnie, przed podpisaniem umowy przesyła do Oddziału Funduszu, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (z zastosowaniem Portalu Funduszu) oraz w formie pisemnej, podpisany przez osoby upoważnione, wniosek w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony został w załączniku nr 18 do zarządzenia. Wniosek, o którym mowa w zdaniu pierwszym, stanowi podstawę do określenia w umowie numeru rachunku bankowego świadczeniodawcy.

Rozdział 5

Przepisy związane z COVID-19

§ 44. 1. W przypadku braku możliwości udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, którego nie można było wcześniej przewidzieć, związanego z przeciwdziałaniem COVID-19, świadczenia te mogą zostać udzielone przez innego świadczeniodawcę realizującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Świadczeniodawca, u którego wystąpił brak możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, jest zobowiązany do niezwłocznego zawiadomienia o tym dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

3. Informacja o braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest udostępniana świadczeniobiorcom przez oddział wojewódzki Funduszu oraz świadczeniodawcom, których dotyczy ta okoliczność.

§ 45. 1. Świadczenia udzielone świadczeniobiorcom, którzy złożyli deklaracje wyboru do świadczeniodawców, u których wystąpił brak możliwości udzielania świadczeń, o którym mowa w § 44 ust. 1, finansowane są z zastosowaniem jednostek rozliczeniowych określonych w L.p. 1.3, 2.3, 3.4 i 3.7 załącznika nr 1 do zarządzenia.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, sprawozdawane są na zasadach określonych w niniejszym zarządzeniu.

3. Do udzielania, sprawozdawania i rozliczania świadczeń, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się ograniczeń związanych z miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy oraz, w przypadku wizyt patronażowych położnej poz, koniecznością złożenia przez świadczeniobiorcę deklaracji wyboru położnej poz.

§ 46. 1. W przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (teleporad):

- 1) świadczeniobiorcom, o których mowa w § 44 ust. 1, lub
 - 2) osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego – w stanach nagłych zachorowań
- świadczeniodawca zobowiązany jest do potwierdzenia tożsamości tej osoby, jej prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz – w przypadku, o którym mowa w pkt 2 – pozyskania danych niezbędnych do rozliczenia świadczenia przez Fundusz z państwem członkowskim UE/EFTA.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, sprawozdawane są na zasadach określonych w niniejszym zarządzeniu.

3. Wykaz produktów wykorzystywanych do rozliczania świadczeń, o których mowa w ust. 1, jest określony w załączniku nr 30 do zarządzenia.

Rozdział 6

Postanowienia końcowe

§ 47. 1. Do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie wniosków złożonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. Dyrektorzy Oddziałów Funduszu obowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami warunków wynikających z wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

3. Przepis ust. 2 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu rozpatrywania wniosków, o których mowa w ust. 1.

§ 48. Oświadczenie, którego wzór określony jest w załączniku nr 3 do zarządzenia, złożone przez świadczeniodawcę przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zachowuje ważność do czasu jego wygaśnięcia.

§ 49. 1. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 października 2021 r.

§ 50. Traci moc zarządzenie Nr 177/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019 r. sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Bernard Waśko
W zastępstwie p.o. PREZESA NFZ