

**Zarządzenie nr 69 /2007/DSOZ
Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 25 września 2007 r.**

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

(tekst jednolity)

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.¹) zwanej dalej „ustawą”, zarządza się co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1

Zarządzenie reguluje postępowanie w sprawie zawarcia umowy w podstawowej opiece zdrowotnej, a także warunki wymagane od świadczeniodawców dla udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w wyżej wymienionym rodzaju oraz opis procedury składania wniosków o zawarcie umowy.

§ 2

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **ankieta** – rozumie się przez to zestaw pytań określonych przez Fundusz, na które oferent obowiązany jest udzielić odpowiedzi, przygotowany w formacie informatycznym określonym przez Fundusz;
- 2) **deklaracja** – deklarację wyboru, o której mowa w art. 56 ustawy, złożoną przez świadczeniobiorcę u świadczeniodawcy POZ, w związku z wykonywaniem u tego świadczeniodawcy, zawodów medycznych przez

¹ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U z 2005 r. Nr 94, poz. 788; Nr 132, poz. 1110; Nr 138, poz. 1154; Nr 157, poz. 1314; Nr 164, poz. 1366; Nr 169, poz. 1411; Nr 179, poz. 1485; z 2006 r. Nr 75, poz. 519; Nr 104, poz. 708 i 711; Nr 143, poz. 1030; Nr 170, poz. 1217; Nr 191, poz. 1410; Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433; Nr 82, poz. 559; Nr 115, poz. 793; Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172, Nr 171, poz. 1208 i Nr 180, poz. 1280.

- wybranych deklaracją: lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz;
- 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
 - 4) **grupowa profilaktyka fluorkowa** – świadczenie realizowane metodą nadzorowanego szczoteczkania zębów z użyciem związków fluoru, wykonywane w klasach I - VI, 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni;
 - 5) **jednostka rozliczeniowa** – miara przyjęta jako podstawa do rozliczenia przez świadczeniodawcę umowy zawartej z Funduszem. W podstawowej opiece zdrowotnej jest to: stawka kapitacyjna, porada, punkt, ryczałt za przewóz;
 - 6) **katalog świadczeń pielęgniarskich w POZ** – wyceniony punktowo wykaz świadczeń pielęgniarskich będący podstawą raportu statystycznego oraz rozliczania umowy w zakresie: świadczenia pielęgniarki poz;
 - 7) **lekarz poz** - lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 5 pkt 13 ustawy;
 - 8) **lista świadczeniobiorców** - imienny wykaz osób objętych opieką przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz, o której mowa w § 16 ust. 2 „Ogólnych warunków umów” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643). Wykaz ten stanowi:
 - a) podstawę rozliczenia świadczeniodawcy przez właściwy terytorialnie oddział wojewódzki Funduszu oraz dokonania zapłaty z tytułu realizacji umowy według rocznej stawki kapitacyjnej,
 - b) element sprawozdawczości statystycznej niezbędny w procesie weryfikacji list świadczeniobiorców;
 - 9) **lista uczniów** - listę uczniów objętych opieką przez pielęgniarkę szkolną, stanowiącą podstawę rozliczenia świadczeniodawcy w ramach zawartej umowy oraz dokonania przez właściwy terytorialnie oddział wojewódzki Funduszu płatności z tytułu jej realizacji;
 - 10) **merytoryczny zakres świadczeń** – zestaw zakresów szczegółowych będący przedmiotem wniosku i umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Cechą wspólną zakresów jest ich realizacja przez jedną z grup zawodowych wyodrębnionych w rodzaju albo objęcie opieką przez świadczeniodawcę populacji zadeklarowanej do lekarza, pielęgniarki poz lub położnej poz na podstawie udzielonego oświadczenia;

- 11) **nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska w POZ** – sprawowanie opieki zdrowotnej pozostające w zakresie świadczeń świadczeniodawcy POZ, realizowane odpowiednio przez lekarza lub pielęgniarkę w formie porad w warunkach ambulatoryjnych lub w domu świadczeniobiorcy, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, w okresie od poniedziałku do piątku, w godz. od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy (święta), od godz. 8.00 do godz. 8.00 dnia następnego;
- 12) **nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ** - kompleksowe sprawowanie opieki zdrowotnej przez lekarza i pielęgniarkę, obejmujące zakres świadczeń świadczeniodawcy POZ, realizowane w formie porad ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania pacjenta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Świadczenia udzielane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy (święta) od godziny 8.00 do 8.00 dnia następnego;
- 13) **oświadczenie o objęciu opieką** – oświadczenie złożone przez świadczeniodawcę, o objęciu opieką osób znajdujących się na prowadzonej przez niego liście świadczenioborców, świadczeniami nocnej i świątecznej ambulatoryjnej lub wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej albo transportu sanitarnego w POZ przez innego, wskazanego w oświadczeniu świadczeniodawcę, zgodne z wzorem ustalonym przez Fundusz;
- 14) **pielęgniarka poz** - pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 5 pkt 25 ustawy, w tym pielęgniarkę opieki środowiskowej w POZ;
- 15) **pielęgniarka szkolna** – wyłącznie pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania²;
- 16) **pielęgniarska opieka środowiskowa** – realizowane w domu świadczeniobiorcy, świadczenie opieki zdrowotnej osobom w każdym wieku, u których stwierdza się ograniczenie sprawności psychofizycznej spowodowane procesem chorobowym i którego ocena stanu samoobsługi, według zmodyfikowanej skali Barthel, wynosi nie więcej niż 60 punktów;
- 17) **położna poz** - położną podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 5 pkt 28 ustawy;

² funkcję pielęgniarki szkolnej może pełnić także higienistka szkolna

- 18) **porada w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych** - traktowany jako jedno świadczenie, cykl udokumentowanych zdarzeń wymienionych w załączniku nr 3 do niniejszego Zarządzenia, realizowanych przez lekarzy poz i pielęgniarki poz;
- 19) **POZ** – Podstawową Opiekę Zdrowotną;
- 20) **punkt** – jednostkowa miara służąca do określenia wartości świadczeń opisanych w katalogu świadczeń pielęgniarki poz;
- 21) **roczna stawka kapitacyjna** – kwota przeznaczona na sfinansowanie objęcia opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku, w ustalonym w umowie merytorycznym zakresie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 22) **ryczałt** – uśredniona kwota przeznaczona na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo rodzaju lub zapewnienie gotowości ich udzielania w określonym czasie;
- 23) **świadczenia lekarza poz w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych** - świadczenia lekarzy poz zdefiniowane warunkami Programu profilaktyki chorób układu krążenia oraz Programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP – Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc) udzielane, pod warunkiem spełnienia wymogów;
- 24) **świadczenia pielęgniarki poz w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych** - świadczenia pielęgniarki poz zdefiniowane warunkami Programu profilaktyki gruźlicy, udzielane pod warunkiem spełnienia wymogów;
- 25) **świadczeniobiorca inny niż ubezpieczony** – świadczeniobiorcę określonego w art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy korzystającego ze świadczeń opieki zdrowotnej w trybie i na podstawie dokumentów określonych w treści art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz świadczeniobiorcę określonego w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy;
- 26) **świadczeniodawca POZ** – podmiot spełniający, określone odrębnymi przepisami oraz przepisami niniejszego zarządzenia, wymogi dla świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, uprawniony poprzez zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia do przyjmowania deklaracji wyboru lekarza poz i/lub pielęgniarki poz i/lub położnej poz oraz na ich podstawie tworzenia listy świadczeniobiorców;
- 27) **transport sanitarny w POZ** – świadczenia opieki zdrowotnej polegające na

zapewnieniu świadczeniobiorcom transportu sanitarnego do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem, w przypadkach wynikających ze wskazań medycznych i sytuacjach określonych w art. 41 ustawy oraz przepisach wykonawczych wydanych na jego podstawie. Transport sanitarny organizowany jest na zasadach określonych w odrębnych przepisach i realizowany w POZ od poniedziałku do piątku, pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy. Do zlecenia transportu sanitarnego POZ upoważniony jest lekarz poz;

- 28) **transport sanitarny „daleki” w POZ** – świadczenie określone w pkt. 27) i realizowane na zasadach określonych zarządzeniem Prezesa NFZ, przysługujące świadczeniobiorcom znajdującym się na listach lekarzy poz, gdy występuje konieczność realizacji przewozu świadczeniobiorcy na odległość przekraczającą „tam i z powrotem” 120 km łącznie;
- 29) **wniosek** – wniosek ubiegającego się o zawarcie umowy;
- 30) **wnioskujący** - podmiot ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna;
- 31) **zakres świadczeń szczegółowy** – rozumie się przez to świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w rodzaju świadczeń lub zakresie świadczeń danego rodzaju, dla których w umowie określa się sposób i kwotę finansowania;
- 32) **zgłoszenie do objęcia pielęgniarską opieką środowiskową** - pisemne zgłoszenie pielęgniarce poz potrzeby objęcia chorego świadczeniami pielęgniarskiej opieki środowiskowej, zgodnie ze wzorem ustalonym przez Fundusz;
- 33) **zmodyfikowana skala Barthel** – skala opracowana wg międzynarodowej skali oceny punktowej, w której bierze się pod uwagę czynności życia codziennego, które osoba oceniana może wykonać sama lub z pomocą innych osób albo nie może wykonać ich wcale;
- 34) **dostęp/zapewnienie realizacji** – zapewnienie wykonywania świadczeń w innym miejscu lub lokalizacji niż ta, w której realizowane są świadczenia;
- 35) **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym/ których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
- 36) **lekarz danej specjalności** – lekarz, który posiada specjalizację I°

w określonej dziedzinie medycyny;

- 37) **lekarz specjalista w danej dziedzinie medycyny** - lekarz, który posiada specjalizację II° lub tytuł specjalisty w określonej szczegółowej dziedzinie medycyny;
- 38) ⁽¹⁾ **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, zgodnie z programem specjalizacji, co najmniej 2 lata od jej otwarcia;
- 39) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu.

⁽¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 zarządzenia nr 105/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2007 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy, zasady kontraktowania, warunki udzielania, sprawozdawanie, rozliczanie i finansowanie świadczeń – postanowienia wspólne

§ 3

1. Przedmiotem postępowania jest zawarcie ze świadczeniodawcami spełniającymi kryteria określone w niniejszym zarządzeniu, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej, zwanej dalej „umową”.
2. Przedmiotem umowy są świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie - w warunkach domowych lub w środowisku nauczania i wychowania, finansowane przez Fundusz. Umowy określają również zasady ich rozliczania.
3. W ramach świadczeń POZ wyodrębnia się następujące merytoryczne zakresy świadczeń będące przedmiotami wniosku i umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna:
 - 1) świadczenia lekarza poz, w tym,
w zależności od spełnienia wymogów i dokonanego wyboru także:
 - a) świadczenia w ramach programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP);
 - 2) świadczenia pielęgniarki poz,
finansowane zgodnie z dokonany wybór:
 - a) metodą kapitacyjną według rocznej stawki kapitacyjnej,
 - b) metodą zadaniową według wykonania wycenionego punktowo katalogu świadczeń pielęgniarki poz;
 - 3) świadczenia położnej poz;
 - 4) świadczenia pielęgniarki szkolnej;
 - 5) nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska w POZ, w tym,
w zależności od spełnienia wymogów i dokonanego wyboru, na warunkach określonych niniejszym zarządzeniem:
 - a) nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ,
 - b) nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska w POZ,
 - c) nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka pielęgniarska w POZ,
 - d) nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska w POZ,

- e) nocna i świąteczna wyjazdowa opieka pielęgniarska w POZ;
 - 6) transport sanitarny w POZ.
4. Świadczenia POZ, udzielane świadczeniobiorcom, ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację pacjenta.
 5. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna polega, w odniesieniu do zakresów określonych ust. 3, na realizacji zadań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 2145; poz. 1816). Są to w szczególności:
 - 1) badanie i porada lekarska;
 - 2) diagnostyka i leczenie;
 - 3) kierowanie na leczenie specjalistyczne, szpitalne, uzdrowiskowe oraz do opieki długoterminowej;
 - 4) opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą;
 - 5) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia;
 - 6) obowiązkowe szczepienia ochronne;
 - 7) opieka nad niepełnosprawnymi;
 - 8) edukacja zdrowotna i profilaktyka chorób;
 - 9) świadczenia pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne pielęgniarki poz;
 - 10) świadczenia pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne położnej poz;
 - 11) świadczenia pielęgniarskie w środowisku nauczania i wychowania.
 6. Osoby udzielające świadczeń, tj. lekarze, pielęgniarki i położne poz, będące bezpośrednimi realizatorami umów w poszczególnych zakresach świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, obejmujące opieką tego samego świadczeniobiorcę, zobowiązani są do współpracy w celu zapewnienia mu kompleksowej opieki medycznej.
 7. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 roku zmieniającym rozporządzenie nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych (Dz. U. WE L 340 z 16.12.2002) oraz art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiot umowy obejmuje:

- 1) 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie;
- 2) 85141100-0 Usługi świadczone przez położne;
- 3) 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki;
- 4) 85120000-6 Usługi medyczne i podobne.

§ 4

1. Świadczenia w POZ udzielane są świadczeniobiorcom, którzy dokonali wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz poprzez złożenie odpowiedniej deklaracji wyboru, włączając w to osoby dokonujące wyboru na podstawie zarejestrowanego formularza E106, E109, E120, E121 wydanego osobom zamieszkującym w Polsce, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, z zastrzeżeniem ust. 7 oraz osobom znajdującym się na odpowiednich listach uczniów.
2. Uprawnionymi do świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ lub nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ są świadczeniobiorcy znajdujący się na listach świadczeniobiorców prowadzonych przez świadczeniodawców POZ odpowiednio - dla zakresów: świadczenia lekarza poz oraz świadczenia pielęgniarki poz, z zastrzeżeniem ust. 7.
3. Świadczeniodawca realizujący umowę w zakresach wymienionych w ust 2 informuje świadczeniobiorców o podmiotach realizujących świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ lub nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ zgodnie z zasadami określonymi w § 10 ust. 4 pkt. 5) „Ogólnych Warunków Umów”.
4. W przypadku, gdy świadczeniodawcą POZ jest zakład opieki zdrowotnej oraz praktyka grupowa, listę świadczeniobiorców sporządza się odrębnie dla każdego lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz realizujących świadczenia u świadczeniodawcy. Zachowują ważność deklaracje wyboru złożone przed dniem 1 października 2004 r., w tym wspólne dla lekarza, pielęgniarki i położnej.
5. Świadczeniodawca na bieżąco prowadzi zapisy na listy świadczeniobiorców do poszczególnych osób udzielających świadczeń.
6. Wykaz osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy POZ jest integralną częścią umowy.

7. ⁽²⁾ Świadczeniodawca zobowiązuje się udzielać świadczeń:
- 1) ubezpieczonym;
 - 2) osobom uprawnionym do świadczeń, na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 3) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy,
- nieznajdującym się na liście świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy, w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, w szczególności w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 5, 6, 6a i 7.
8. W ramach realizowanych umów zawartych z NFZ, świadczeniodawcy POZ zobowiązani są do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach oraz dodatkowo, dokumentacji wymaganej warunkami niniejszego zarządzenia.
9. Szczegółowe zasady i zakres sprawozdawczości oraz obowiązujące wzory sprawozdań określa umowa.

§ 5 ⁽³⁾

1. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z metodami finansowania właściwymi dla poszczególnych, merytorycznych zakresów świadczeń opisanych w niniejszym zarządzeniu.
2. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie faktury (rachunku) wystawionej przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych w zarządzeniu i obowiązujących przepisach prawa.
3. Przy stosowaniu finansowania metodą kapitacyjną ustala się kapitacyjną stawkę roczną.

⁽²⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 zarządzenia nr 17/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lutego 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

⁽³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 zarządzenia nr 17/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lutego 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, ze zmianą ust. 5 i 9 wprowadzoną przez § 1 pkt 1 zarządzenia nr 22/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

4. Wysokość kapitacyjnych stawek rocznych dla poszczególnych zakresów świadczeń jest określana przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Wysokości stawek kapitacyjnych zawarte są w załączniku nr 1 do zarządzenia.
5. Do rozliczenia świadczeń wykonanych w sytuacjach, o których mowa w § 4 ust. 7, świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ oraz świadczeń w zakresie: świadczenia pielęgniarki poz w przypadku, gdy świadczeniodawca zgodnie z przepisem § 32 ust. 1 nie wybierze kapitacyjnej metody finansowania świadczeń, stosuje się odpowiednio zasady dotyczące rozliczenia na podstawie ceny jednostki rozliczeniowej, określone w przepisach ust. 6, 6a i 7 oraz w przepisach § 11 ust. 3, § 12 ust. 9, § 13 ust. 9, § 32 ust. 8, § 33 ust. 8 i § 58 ust. 4 niniejszego zarządzenia. Wartości (ceny) jednostek rozliczeniowych wskazanych wyżej świadczeń określa załącznik nr 1 do zarządzenia.
6. Należność za świadczenia, o których mowa w § 4 ust. 7, udzielone stosownie do zakresu umowy, przez lekarza poz, pielęgniarkę poz i/lub położną poz:
 - 1) świadczeniobiorcom zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ;
 - 2) świadczeniobiorcom spoza terenu objętego właściwością oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 3) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni zgodnie z art. 2 ust 1 pkt. 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy
- nieznajdującym się na listach świadczeniobiorców, wypłaca oddział wojewódzki Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę.
- 6a. Należność za świadczenia, o których mowa w § 4 ust. 7, udzielone stosownie do zakresu umowy, przez lekarza i/lub pielęgniarkę:
 - 1) świadczeniobiorcom spoza terenu objętego właściwością oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 2) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni zgodnie z art. 2 ust 1 pkt. 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy
- nieznajdującym się na listach świadczeniobiorców, wypłaca oddział wojewódzki Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę.
7. Należność za świadczenia, o których mowa w § 4 ust. 7, udzielone osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji,

nieznajującym się na liście świadczeniobiorców, wypłaca oddział wojewódzki Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę.

8. Świadczeniodawca udzielający świadczeń świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 6 i 6a oraz osobie, o której mowa w ust. 7, zobowiązany jest do przechowywania dokumentu potwierdzającego fakt udzielenia świadczenia, podpisanego przez osobę, której udzielono świadczenia.
9. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i przekazywania elektronicznej sprawozdawczości z realizacji świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 7 w oparciu o definicje komunikatów XML udostępnione bezpłatnie przez Fundusz. Przepis nie dotyczy zasad sprawozdawczości z realizacji Programu profilaktyki chorób układu krążenia, które określa § 12 ust. 7 niniejszego zarządzenia.

Rozdział 3

Świadczenia lekarza poz

§ 6 ⁽⁴⁾

1. Lekarz poz zobowiązany jest do podejmowania działań służących zdrowiu, znajdujących się w jego zakresie zadań.
2. Lekarz poz uczestniczy, z zastrzeżeniem § 8 ust. 3 oraz § 9 ust. 3, w realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w zakresach i zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 4 zarządzenia.
3. Lekarz poz konsultuje merytorycznie i ustala zasadność realizacji wniosków zadeklarowanych do niego świadczeniobiorców o zlecenie świadczenia transportu „dalekiego” w POZ, w trybie i na zasadach określonych w rozdziale 11.
4. Lekarz poz, w ramach odrębnej umowy, może realizować, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6, nocną i świąteczną pomoc medyczną POZ, zgodnie z zasadami określonymi w rozdziale 5.
5. Jeżeli lekarz poz nie realizuje nocnej i świątecznej pomocy medycznej w POZ to w celu zapewnienia zadeklarowanym do niego świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń objętych zakresem, udzieli oświadczenia o przekazaniu przedmiotowej opieki innemu świadczeniodawcy zgodnie z zasadami opisanymi w rozdziale 10.
6. Przepis ust. 5 nie dotyczy Świadczeniodawców POZ udzielających świadczeń w zakresie świadczenia lekarza poz oraz jednocześnie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, w ramach umów wieloletnich, których termin rozwiązania upływa po dacie wejścia w życie niniejszego zarządzenia. Świadczeniodawcy Ci mogą, do końca okresu związania umowami w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, udzielać świadczeń, zgodnie z przedmiotem ich zawarcia, na zasadach opisanych w rozdziale 10.

⁽⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 zarządzenia nr 105/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2007 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

§ 7

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza poz u świadczeniodawcy POZ nie powinna przekroczyć 2 750 osób.
2. Listy świadczeniobiorców lekarza poz nie może tworzyć lekarz nie posiadający kwalifikacji określonych w § 8 ust.1.

§ 8

Wymagane kwalifikacje lekarza poz

1. Świadczenia mogą być udzielane, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, przez lekarzy posiadających kwalifikacje określone w art. 5 pkt 13 ustawy, z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172) a także przez innych lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu i sześcioletni staż pracy w POZ.
2. Lekarze po stażu podyplomowym nie spełniający wymogów określonych w ust. 1, mogą udzielać świadczeń pod nadzorem lekarza spełniającego wymogi kwalifikacyjne określone w ust. 1.
3. Świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych może udzielać lekarz poz spełniający wymogi kwalifikacyjne określone warunkami programów, wymienione w rozdziale 4 zarządzenia.

§ 9

Wymagania lokalowe i sprzętowe

1. Odpowiednie pomieszczenia zakładów lub praktyk, w których udzielane są świadczenia lekarza poz, muszą spełniać wymogi techniczne i sanitarne określone w odrębnych przepisach oraz być wyposażone w następujący sprzęt i aparaturę:
 - 1) aparat EKG;
 - 2) podstawowy zestaw reanimacyjny;
 - 3) pozostałe wyposażenie niezbędne do udzielania świadczeń dla lekarza w POZ;
 - a) zestaw przeciwstrząsowy,
 - b) stół do badania niemowląt,
 - c) waga medyczna dla niemowląt,
 - d) waga medyczna ze wzrostomierzem,

- e) tablice do badania ostrości wzroku,
 - f) sprzęt i pomoce do przeprowadzenia testów przesiewowych u uczniów;
 - g) aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi,
 - h) stetoskop,
 - i) glukometr,
 - j) otoskop,
 - k) lodówka,
 - l) kozetka lekarska,
 - m) telefon;
2. Jeżeli w tych samych pomieszczeniach mają być przyjmowane dzieci zdrowe i chore oraz dorośli, świadczeniodawca zobowiązany jest do poinformowania świadczeniobiorców o zastosowanym rozdziale czasowym przyjęć.
3. Wyposażenie odpowiednich pomieszczeń zakładów lub praktyk, o których mowa w ust. 1, u świadczeniodawców POZ realizujących profilaktyczne programy zdrowotne musi być zgodne z warunkami określonymi w rozdziale 4.

§ 10

Organizacja udzielania świadczeń

1. Świadczeniodawca POZ zapewnia dostępność do świadczeń lekarskich zgodnie z zasadami opisanymi w zarządzeniu, a w szczególności:
- 1) lekarz poz udziela świadczeń od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Świadczenia realizowane są w formie porad ambulatoryjnych w miejscu udzielania świadczeń oraz w przypadkach uzasadnionych wskazaniami medycznymi - poprzez wizyty domowe. Dni i godziny przyjęć (w tym wizyt domowych) określa harmonogram pracy świadczeniodawcy stanowiący integralną część umowy;
 - 2) w filiach świadczeniodawcy POZ, dopuszcza się udzielanie świadczeń w czasie krótszym niż w godzinach od 8.00 do 18.00, jeżeli w tych godzinach świadczeniobiorcy mają dostęp do innego miejsca udzielania świadczeń przez danego świadczeniodawcę POZ – zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy stanowiącym integralną część umowy;
 - 3) w przypadkach uzasadnionych medycznie, świadczenie udzielane jest w dniu zgłoszenia, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy;
 - 4) w schorzeniach przewlekłych, z wyłączeniem stanów zaostrzenia

w przebiegu tych schorzeń, w przypadkach porad stanowiących realizację kontynuacji leczenia oraz w sytuacjach, gdy potrzeba kontaktu świadczeniobiorcy z lekarzem poz nie jest podyktowana koniecznością uzyskania pomocy medycznej, której realizatorem jest ten lekarz, świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą;

- 5) w ramach realizacji zakresu: świadczenia lekarza poz, świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić funkcjonowanie gabinetu zabiegowego od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 i 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, w tym punktu szczepień – minimum 1 raz w tygodniu po godz. 15.00 (personel medyczny wykonujący szczepienia ochronne musi posiadać uprawnienia do wykonywania szczepień).
2. W gabinecie zabiegowym, o którym mowa w ust. 1 pkt. 5) wykonywane są, zabiegi i procedury diagnostyczno-terapeutyczne wynikające z procesu leczenia, związane z udzieloną przez lekarza poz poradą lekarską.
3. W sytuacji uzasadnionej stanem zdrowia świadczeniobiorcy, świadczeniodawca zapewnia realizację świadczeń, o których mowa w ust. 2, także poprzez wizyty domowe. Na realizację zleceń pozostających w kompetencjach pielęgniarki poz, lekarz poz wydaje skierowanie do pielęgniarki poz, do której zadeklarowany jest pacjent.
4. W przypadku, gdy w wyniku udzielonej przez lekarza poz porady lekarskiej zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, świadczeniodawca zapewnia pobranie materiałów do badań zgodnie z zasadami określonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U. Nr 61, poz. 435). Pobranie badań w domu chorego świadczeniodawca zleca pielęgniarce poz. Wykaz badań diagnostycznych, które zobowiązany jest wykonać i finansować lekarz poz, a które są mu niezbędne przy realizacji świadczeń stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.
5. Lekarz poz kierując świadczeniobiorcę do lekarza specjalisty lub do szpitala zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.
6. Podstawą realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji medycznej w warunkach ambulatoryjnych jest skierowanie, które powinno zawierać następujące elementy:
 - a) dane identyfikujące świadczeniodawcę wystawiającego skierowanie,

- b) rozpoznanie,
 - c) kod jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10,
 - d) dysfunkcję narządu ruchu, deficyt neurologiczny lub inną przyczynę kierowania na rehabilitację,
 - e) cel rehabilitacji,
 - f) choroby przebyte i współistniejące, mogące mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji,
 - g) zlecone zabiegi fizjoterapeutyczne,
 - h) datę wystawienia;
7. Skierowanie, o którym mowa w ust. 6 traci ważność w przypadku, gdy nie zostało zarejestrowane przez świadczeniobiorcę w placówce realizującej świadczenia rehabilitacyjne w terminie 30 dni od daty wystawienia.
8. Lekarz poz zobowiązany jest do poinformowania pacjenta o konieczności spełnienia terminu rejestracji, o którym mowa w ust. 7.
9. Lekarz poz może wystawić receptę zadeklarowanemu do niego świadczeniobiorcy na leki zalecane przez innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku, gdy posiada pisemną informację od tego lekarza dotyczącą rozpoznania choroby pacjenta i zalecanej farmakoterapii.

§ 11

Finansowanie świadczeń

1. Świadczenia lekarza poz finansowane są zgodnie z ustaloną w załączniku nr 1 do zarządzenia roczną stawką kapitulacyjną, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. W stosunku do konkretnego świadczeniobiorcy roczna stawka kapitulacyjna, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej lub charakterem miejsca pobytu zadeklarowanego świadczeniobiorcy:
 - 1) od 0 do 6 roku życia współczynnikiem 1,6;
 - 2) od 7 do 19 roku życia współczynnikiem 1,19;
 - 3) od 20 do 65 roku życia współczynnikiem 1,0;
 - 4) powyżej 65 roku życia współczynnikiem 1,75;
 - 5) podopieczni DPS, podopieczni placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych i resocjalizacyjnych - współczynnikiem 2,5.
3. Kapitulacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez lekarza poz w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych

oraz nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ. Świadczenia te finansowane są odrębnie, według zasad określonych:

- 1) dla świadczeń udzielanych przez lekarza poz w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych – w rozdziale 4 zarządzenia, § 12 ust. 8 i § 13 ust. 9;
 - 2) dla świadczeń udzielanych w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ realizowanych na podstawie odrębnie zawartej umowy – w rozdziale 5 § 19 niniejszego zarządzenia.
4. Porady kwalifikacyjne do wniosku świadczeniobiorcy o zlecenie świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ finansowane są i rozliczane na podstawie ceny jednostki rozliczeniowej określonej w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.
 5. Należność z tytułu realizacji świadczeń lekarza poz wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust. 2. Należność stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z ust. 2.
 6. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 5, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru i zawierającej: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania.
 7. Informację, o której mowa w ust. 6, świadczeniodawca przekazuje do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do 7 dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Oddział wojewódzki przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji listy lekarza poz przez NFZ lista ta jest ostateczna za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez NFZ kontroli deklaracji posiadanych przez świadczeniodawcę wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.
 8. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego

świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.

Rozdział 4

Świadczenia lekarza poz w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych

§ 12

Program profilaktyki chorób układu krążenia

1. Informacje ogólne o Programie profilaktyki chorób układu krążenia zawarte zostały w załączniku nr 3 do zarządzenia.
2. Świadczenia w ramach Programu udzielane są w godzinach działalności POZ, tj. od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
3. Świadczeniodawca obejmuje Programem świadczeniobiorców spełniających kryteria określone załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia i zapewnia im realizację następującego zakresu wykonywanych kolejno świadczeń:
 - 1) przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie I części Karty badania profilaktycznego (wzór Karty badania profilaktycznego stanowi załącznik nr 4 do zarządzenia);
 - 2) wykonanie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i poziomu glukozy), dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie BMI;
 - 3) ustalenie terminu wizyty u lekarza, na którego liście znajduje się świadczeniobiorca;
 - 4) wpisanie wyników badań do Karty Badania Profilaktycznego;
 - 5) w trakcie wizyty lekarz poz, wykonuje:
 - a) badanie przedmiotowe pacjenta oraz ocenia czynniki ryzyka zachorowań na choroby układu krążenia,
 - b) dokonuje kwalifikacji świadczeniobiorcy do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocenia globalne ryzyko wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości, a uzyskany wynik zapisuje w „Karcie Badania Profilaktycznego”,
 - c) edukuje świadczeniobiorcę oraz podejmuje decyzję, co do dalszego postępowania z pacjentem;
 - 6) świadczeniobiorcy, u których rozpoznano chorobę układu krążenia, w zależności od wskazań medycznych, otrzymują zalecenia dotyczące

konieczności zmiany trybu życia lub zostają skierowani (poza Programem) na dalszą diagnostykę lub leczenie do świadczeniodawców posiadających z NFZ umowę o udzielanie odpowiednich rodzajów świadczeń.

4. Karta Badania Profilaktycznego stanowi uzupełnienie historii choroby i jest elementem dokumentacji medycznej pacjenta.
5. Kwalifikacje personelu medycznego: - lekarz z kwalifikacjami określonymi w § 8 ust 1 i 2 niniejszego zarządzenia i pielęgniarka legitymująca się, co najmniej ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub środowiskowego/rodzinnego lub w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
6. Wymagania lokalowe i sprzętowe – zgodnie z wymaganiami określonymi dla zakresu: świadczenia lekarza poz w § 9 niniejszego zarządzenia.
7. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i przekazywania elektronicznej sprawozdawczości z realizacji Programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione bezpłatnie przez Fundusz.
8. Finansowanie świadczeń udzielanych w Programie profilaktyki chorób układu krążenia odbywa się na podstawie informacji o udzielonej poradzie, stanowiącej jednostkę rozliczeniową programu, na którą składa się, traktowany jako jedno świadczenie, cykl udokumentowanych zdarzeń określonych w ust. 3.
9. W rozliczeniach świadczeń udzielanych w ramach Programu, obowiązuje stawka za poradę określona w załączniku nr 1 do zarządzenia.
10. Należność za świadczenia, o których mowa w ust. 9, wypłaca oddział wojewódzki Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust.2.

§ 13

Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) - etap podstawowy

1. Informacje ogólne o Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) zawarte zostały w załączniku nr 3 do zarządzenia.
2. Świadczenia w ramach Programu udzielane są w godzinach działalności POZ, tj. od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
3. Świadczeniodawca obejmuje Programem świadczeniobiorców spełniających

kryteria określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia, którzy zgłosili się do niego w trybie określonym w tymże załączniku i zapewnia im realizację następujących realizowanych kolejno świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 4:

1) zapoznanie świadczeniobiorcy z założeniami Programu określonymi w załączniku nr 3 do zarządzenia oraz wykonanie:

Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego nie kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP	Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP
<ul style="list-style-type: none"> - zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i wiary w sukces oraz przeprowadzenie „Zmodyfikowanego testu oceny wielkości uzależnienia od nikotyny” zawierające dane określone w załączniku nr 5 do zarządzenia 	<ul style="list-style-type: none"> - zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i wiary w sukces oraz przeprowadzenie „Zmodyfikowanego testu oceny wielkości uzależnienia od nikotyny” według wzoru określonego w załączniku nr 5 do zarządzenia, - wypełnienie „Ankiety o stanie zdrowia świadczeniobiorcy” zawierające dane określone w załączniku nr 6 do zarządzenia

2) wykonanie badań lekarskich i diagnostycznych:

Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego nie kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP	Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP
<ul style="list-style-type: none"> - badanie przedmiotowe: - pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi, - badanie fizykalne 	<ul style="list-style-type: none"> - badanie przedmiotowe: - pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi, - badanie fizykalne, - badanie spirometryczne

3) udzielenie porady lekarskiej:

Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego nie kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP	Osoby palące papierosy i według kryterium wiekowego kwalifikujące się do działań w zakresie profilaktyki POChP
<ul style="list-style-type: none"> - edukacja dotycząca skutków zdrowotnych palenia tytoniu, w przypadku kobiet – poinformowanie 	<ul style="list-style-type: none"> - edukacja dotycząca skutków zdrowotnych palenia tytoniu, w przypadku kobiet – poinformowanie

również, iż palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy,

- porada antynikotynowa z zaplanowaniem terapii odwykowej dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia w ciągu najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji do zaprzestania palenia – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odytoniowymi,
- prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym z pacjentem schematem postępowania, oraz przekazanie pacjentowi informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Pałącym celem wsparcia prowadzonej terapii,
- po 30 dniach, w przypadku niepowodzenia terapii skierowanie świadczeniobiorców (osoby ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia oraz wszystkie pałace kobiety w ciąży) do etapu specjalistycznego Programu wraz z kopiami dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu etapu podstawowego Programu,
- w przypadku świadczeniobiorców ze stwierdzonymi na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego nieprawidłowościami wymagającymi dalszej diagnostyki lub leczenia skierowanie do odpowiedniego świadczeniodawcy (poza Programem w ramach kontraktu z NFZ na odrębne rodzaje świadczeń)

również, iż palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy,

- porada antynikotynowa z zaplanowaniem terapii odwykowej dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia w ciągu najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji do zaprzestania palenia – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odytoniowymi,
- prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym z pacjentem schematem postępowania, oraz przekazanie pacjentowi informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Pałącym celem wsparcia prowadzonej terapii,
- po 30 dniach, w przypadku niepowodzenia terapii skierowanie świadczeniobiorców (osoby ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia oraz wszystkie pałace kobiety w ciąży) do etapu specjalistycznego Programu wraz z kopiami dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu etapu podstawowego Programu,
- kwalifikacja do grupy ryzyka POChP z zaleceniem ponownego zgłoszenia się do Programu po 36 miesiącach w razie kontynuacji palenia,
- w przypadku stwierdzenia odchyień ze strony układu oddechowego w badaniu lekarskim i/ lub spirometrycznym, skierowanie świadczeniobiorców na konsultację do specjalisty pulmonologa realizującego w ramach Programu etap badań pogłębionych,
- w przypadku świadczeniobiorców wymagających dalszej diagnostyki (z innych powodów niż POChP) lub leczenia, skierowanie do odpowiedniego świadczeniodawcy (poza Programem w ramach kontraktu z NFZ na odrębne rodzaje świadczeń)

- 4) wypełnienie „Karty badania lekarskiego” zawierającej dane wymienione w załączniku nr 7 do zarządzenia i wraz z „Testem oceny wielkości uzależnienia od tytoniu” oraz „Ankieta o stanie zdrowia” (w zależności od świadczeń udzielanych w ramach porady wynikających z dokonanej kwalifikacji świadczeniobiorcy) dołączenie jej do indywidualnej historii choroby pacjenta.
4. Świadczenia określone Programem dla osób palących papierosy i według kryterium wiekowego kwalifikujących się do działań w zakresie profilaktyki POChP udzielane są pacjentom na podstawie pisemnego oświadczenia świadczeniobiorcy, że w ciągu ostatnich 36 miesięcy nie miał wykonanego badania spirometrycznego w ramach programu profilaktyki POChP (także u innych świadczeniodawców). Wzór oświadczenia stanowi załącznik do umowy.
5. Dokumentacja realizacji Programu stanowi uzupełnienie historii choroby i jest elementem dokumentacji medycznej pacjenta.
6. Kwalifikacje personelu medycznego: - lekarz z kwalifikacjami określonymi dla zakresu: świadczenia lekarza w POZ, w § 8 ust 1 i 2 niniejszego zarządzenia, posiadający certyfikat potwierdzający umiejętności leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT), wydany przez jeden z referencyjnych ośrodków leczenia ZUT (Instytut Kardiologii, Instytut Onkologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc) lub towarzystwa naukowe (Towarzystwo Naukowe Kardiologów, Towarzystwo Naukowe Onkologów, Towarzystwo Naukowe Pulmonologów) i pielęgniarka legitymująca się, co najmniej ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub środowiskowego/rodzinnego lub w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
7. Wymagania lokalowe i sprzętowe:
- 1) spirometr lub przystawka spirometryczna spełniające następujące minimalne wymagania techniczne:
- a) musi posiadać funkcję mierzenia i rejestrowania zmiennych: FEV1 i FVC oraz wydechowej części krzywej przepływ/ objętość,
 - b) posiada czułość pomiaru: +/-3% lub 0,05 L; zakres: 0-8 L; czas: 1 i 15 sek.,
 - c) wyniki pomiarów prezentuje w wartościach należnych według ECCS/ERS,
 - d) posiada możliwość obserwacji wydechowej części krzywej przepływ/objętość w czasie wykonywania badania,
 - e) posiada funkcję prezentacji i archiwizacji wyniku (wydruk),

- f) rejestruje wydechową część krzywej przepływ/objętość,
 - g) prezentuje wyniki trzech pomiarów spirometrycznych w wartościach bezwzględnych i procentach wielkości należnej (wg ECCS/ERS),
 - h) oblicza wskaźnik FEV1/FVC w wielkości bezwzględnej, oraz wyrażony jako procent wielkości należnej;
- 2) pozostałe wymagania - zgodnie z warunkami określonymi w § 9 niniejszego zarządzenia.
8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i przekazywania elektronicznej sprawozdawczości z realizacji świadczeń, o których mowa w § 13 ust. 3 w oparciu o definicje komunikatów XML udostępnione bezpłatnie przez Fundusz.
9. Finansowanie świadczeń udzielanych w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym: POChP) odbywa się w oparciu o jednostkę rozliczeniową jaką jest porada określona w Programie, różnicowana w zależności od zakwalifikowania świadczeniobiorcy według kryterium wiekowego i rozumiana jako wykonanie:
- 1) w odniesieniu do osób palących papierosy, nie kwalifikujących się do działań w zakresie profilaktyki POChP - udzielonej porady antynikotynowej.
 - 2) w odniesieniu do osób palących papierosy, zakwalifikowanych się do działań w zakresie profilaktyki POChP - udzielonej porady antynikotynowej z wykonaniem badania spirometrycznego.
10. W rozliczeniach obowiązują stawki za porady w wysokościach wymienionych w załączniku nr 1 do zarządzenia.
11. Należność za świadczenia, o których mowa w ust. 9, wypłaca oddział wojewódzki Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust.2.

Rozdział 5

Nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ

§ 14

1. Świadczeniami nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ są świadczenia realizowane przez zespół lekarza poz (lekarz i pielęgniarka) od poniedziałku do piątku w godz. od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8.00 dnia danego do godz. 8.00 dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych lub w domu świadczeniobiorcy, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, a także świadczenia udzielane w związku z potrzebą zachowania ciągłości leczenia zgodnie z zakresami zadań lekarza poz oraz pielęgniarki poz.
2. Dla realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1 świadczeniodawca ustala dla miejsca udzielania świadczeń harmonogram pracy, stanowiący załącznik do umowy.
3. Zespół lekarza poz (lekarz i pielęgniarka) udzielający świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej jest zobowiązany do:
 - 1) zapewnienia świadczeniobiorcy niezbędnej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej;
 - 2) zapewnienia świadczeniobiorcy ciągłości leczenia, w przypadkach wymagających dalszego postępowania, poprzez wskazanie ośrodków i miejsc, w których proces przywracania zdrowia może być kontynuowany;
 - 3) orzekania i opiniowania o stanie zdrowia w uzasadnionych przypadkach;
 - 4) zapewnienia świadczeniobiorcy ciągłości pielęgniarskich zabiegów leczniczych.
4. Zespół lekarza poz (lekarz i pielęgniarka) realizuje cele określone w ust. 3 w szczególności poprzez:
 - 1) świadczenia udzielane w formie porad lekarskich udzielanych w warunkach ambulatoryjnych w kontakcie bezpośrednim z pacjentem lub telefonicznie oraz w domu świadczeniobiorcy, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia, w szczególności w sytuacji: utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, urazów wypadkowych powstałych w sytuacjach nagłych, nagłej duszności, porażenia prądem elektrycznym, porodu oraz dolegliwości

- związanych z ciążą;
- 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym świadczeniodawcy POZ lub w domu świadczeniobiorcy, zlecone podopiecznym przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego działających w ramach umów z NFZ, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji, z wyjątkiem świadczeń pielęgniarskiej opieki środowiskowej;
 - 3) świadczenia pielęgniarskie udzielone doraźnie, w związku z poradą udzielaną przez lekarza w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ.
5. W przypadku konieczności wezwania zespołu ratownictwa medycznego, odpowiednio lekarz lub pielęgniarka pozostaje w miejscu udzielania świadczenia do czasu przyjazdu zespołu. Interwencja zespołu rozliczana jest w ramach odrębnej umowy zawartej przez oddział wojewódzki Funduszu ze świadczeniodawcą realizującym świadczenia w tym zakresie.
6. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego zespołu lekarza poz (lekarz i pielęgniarka) – w trakcie realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ - nie powinna przekroczyć 15 000 osób.

§ 15

1. Podmiotem ubiegającym się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ może być wyłącznie świadczeniodawca realizujący umowę w zakresie: świadczenia lekarza poz, sprawujący opiekę nad populacją świadczeniobiorców, którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza poz u tego świadczeniodawcy.
2. Podmiot ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ nie może ubiegać się równocześnie o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie: nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska – opisanym w rozdziale 10.
3. Świadczeniodawcy POZ ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ mogą w oparciu o umowę o współpracy, wspólnie udzielać świadczeń populacji świadczeniobiorców do nich zadeklarowanych.
4. Umowa o współpracy, o której mowa w ust. 3, określa w szczególności:
 - 1) dane świadczeniodawców POZ zawierających umowę o współpracy;
 - 2) dane o miejscach udzielania świadczeń ambulatoryjnych;

- 3) obowiązki stron umowy pozwalające na zrealizowanie zadań będących przedmiotem nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym zarządzeniu;
 - 4) zapisy regulujące przekazywanie pomiędzy świadczeniodawcami POZ (stronami umowy o współpracy) danych o zrealizowanych świadczeniach umożliwiające wykorzystanie informacji o udzielonym świadczeniu w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ do dalszego leczenia świadczeniobiorcy.
5. Umowę o nawiązaniu współpracy dla realizacji zadań wynikających z zakresu nocnej i świątecznej opieki medycznej, każdy ze świadczeniodawców dołącza do wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie: świadczenia lekarza poz.
 6. Umowa o współpracy świadczeniodawców POZ, o której mowa w ust. 3 powinna uwzględniać następujące warunki:
 - 1) spójny zasięg terytorialny obszaru zamieszkania świadczeniobiorców objętych opieką w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ;
 - 2) dla realizacji zadań wynikających z umowy powinno zostać utworzone co najmniej 1 miejsce udzielania świadczeń dla populacji świadczeniobiorców nie przekraczającej liczby 15 000 osób, z uwzględnieniem przepisu pkt. 1.
 7. Nie dopuszcza się podzlecania realizacji zadań nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ innym świadczeniodawcom.

§ 16

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ dokumentuje udzielanie świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Wpisy w prowadzonej dokumentacji medycznej, zawierają w szczególności:
 - 1) dane osobowe pacjenta: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń;
 - 2) datę i godzinę zgłoszenia;
 - 3) adnotacje dotyczące wywiadu, badania fizykalnego, rozpoznania klinicznego oraz o wykonanych procedurach medycznych i wydanych zleceniach;
 - 4) adnotacje dotyczące wykonanego zabiegu pielęgniarstwa;
 - 5) informację o wezwaniu zespołu ratownictwa medycznego.

§ 17

Wymagane kwalifikacje

Świadczenia mogą być udzielane odpowiednio przez:

- 1) lekarzy posiadających kwalifikacje określone w § 8;
- 2) pielęgniarki posiadające kwalifikacje określone w § 22 ust. 1.

§ 18

Wymagania lokalowe i sprzętowe

1. Pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ w formie porad ambulatoryjnych wyposażone są w sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z warunkami określonymi w § 9, ust. 1 dla zakresu świadczenia lekarza poz.
2. Lekarz i pielęgniarka udzielający świadczeń w domu pacjenta, w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ posiadają wyposażenie niezbędne do udzielania tych świadczeń.
3. Lekarz oraz pielęgniarka udzielający świadczeń w nocnej i świątecznej opiece medycznej w POZ powinni posiadać telefon komórkowy lub inne urządzenie pozwalające na kontakt ze świadczeniobiorcą.

§ 19

Finansowanie świadczeń

1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ finansowane są zgodnie z ustaloną roczną stawką kapitulacyjną określoną w załączniku nr 1 do zarządzenia.
2. W stosunku do konkretnego świadczeniobiorcy roczna stawka kapitulacyjna, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla liczebności populacji objętej opieką, z uwzględnieniem umów współpracy, wynoszącym:
 - 1) dla populacji do 5 000 świadczeniobiorców – 1,3;
 - 2) dla populacji od 5 001 do 10 000 świadczeniobiorców – 1,15;
 - 3) dla populacji powyżej 10 000 świadczeniobiorców – 1,0.
3. Liczebność populacji określona w ust. 2 obejmuje łączną liczbę świadczeniobiorców, którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza poz u świadczeniodawców realizujących zadania w zakresie nocnej opieki medycznej w POZ, z uwzględnieniem zasad określonych w § 15.

4. Podstawą finansowania nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ jest lista świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz u danego świadczeniodawcy. W rozliczeniach obowiązuje stawka określona w załączniku nr 1 do zarządzenia.
5. Oddział wojewódzki przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę wraz z informacją o dopuszczalnym do zastosowania u świadczeniodawcy współczynniku korygującym wymienionym w ust. 2. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji listy lekarza poz przez Fundusz, lista ta jest ostateczna za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej kontroli wskazują na potrzebę jej ponownej weryfikacji.
6. Zweryfikowana liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 5 jest przekazywana świadczeniodawcy przez Fundusz na podstawie weryfikacji opisanej w § 11 ust. 6 - 8.
7. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust. 2. Należność stanowi dwunastą część iloczynu liczby świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 4 i rocznej stawki kapitacyjnej, z uwzględnieniem zastosowanego współczynnika korygującego, zgodnie z zasadą opisaną w ust. 2.

Rozdział 6

Świadczenia pielęgniarki poz

Podrozdział 6.1

Postanowienia ogólne

§ 20

1. Pielęgniarka poz sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, uwzględniając w tym realizację zgodnie z obowiązującym zakresem zadań, zleceń na zabiegi i procedury medyczne wydanych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Pielęgniarka poz realizuje dodatkowo, z zastrzeżeniem § 22 ust. 2, profilaktyczne programy zdrowotne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w zakresach i zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym zarządzeniu.
3. Pielęgniarka poz dokumentuje udzielane świadczenia zdrowotne, zgodnie ze stosownie obowiązującymi przepisami w odniesieniu do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej oraz zapisami niniejszego zarządzenia.

§ 21 ⁽⁵⁾

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz u świadczeniodawcy POZ, przy uwzględnieniu wybranej przez świadczeniodawcę metody rozliczania opartej o roczną stawkę kapitacyjną, nie powinna przekroczyć 2 750 osób, z zastrzeżeniem, ust. 3.
2. Listę świadczeniobiorców pielęgniarki poz może tworzyć wyłącznie pielęgniarka posiadająca kwalifikacje określone w § 22.

⁽⁵⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 zarządzenia nr 105/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2007 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

3. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę poz pielęgniarską opieką środowiskową powinna być zgodna ze wskazaniami opisu świadczenia zawartymi w podrozdziale 6.2 zarządzenia.

§ 22

Wymagane kwalifikacje

1. Świadczenia mogą być udzielane przez pielęgniarki posiadające:
 - 1) prawo wykonywania zawodu;
 - 2) kwalifikacje określone w art. 5 pkt. 25 ustawy odpowiednie do zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa.
2. Dla realizacji profilaktycznych Programów zdrowotnych, pielęgniarka poz musi spełniać wymogi określone warunkami Programów.

§ 23

Wymagania lokalowe i sprzętowe

1. Gabinet pielęgniarki poz, w którym udzielane są świadczenia, musi spełniać wymogi techniczne i sanitarne określone w odrębnych przepisach oraz być wyposażony w następujący sprzęt i aparaturę:
 - 1) kozetka;
 - 2) szafka przeznaczona do przechowywania leków, artykułów sanitarnych i innych materiałów medycznych;
 - 3) biurko oraz szafka kartoteczna - przeznaczone do przechowywanie dokumentacji medycznej;
 - 4) telefon.
2. Neseser pielęgniarki poz zawiera:
 - 1) podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku:
 - a) zestaw do wykonywania iniekcji,
 - b) zestaw do przetaczania płynów infuzyjnych,
 - c) zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych,
 - d) pakiet ochronny przed zakażeniem;
 - 2) zestaw przeciwwstrząsowy obejmujący produkty lecznicze zgodnie z wykazem stanowiącym załącznik nr 9 do zarządzenia;
 - 3) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;

- 4) stetoskop;
 - 5) testy do oznaczania poziomu cukru w krwi;
 - 6) pakiet do odkażania i dezynfekcji;
 - 7) glukometr;
 - 8) termometry,
 - 9) maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego;
 - 10) niezbędny zestaw do wykonywania zabiegów i czynności higieniczno-pielęgnacyjnych;
 - 11) pakiety odkażające i dezynfekcyjne;
 - 12) środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice).
3. U jednego świadczeniodawcy dopuszcza się użytkowanie wspólnych pomieszczeń dla celów gabinetu pielęgniarki poz i gabinetu zabiegowego lekarza poz.

§ 24 ⁽⁶⁾

Organizacja oraz dostępność do świadczeń pielęgniarki poz

1. Pielęgniarka poz obowiązana jest do udzielania pielęgniarskich świadczeń opieki zdrowotnej w gabinecie pielęgniarki poz oraz w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy (z uwzględnieniem mieszkańców DPS-ów).
2. Realizacja opieki nad świadczeniobiorcami odbywa się od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 i 18.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy – zgodnie z harmonogramem pracy, stanowiącym załącznik do umowy, z zastrzeżeniem § 31, w odniesieniu do pielęgniarki poz sprawującej pielęgniarską opiekę środowiskową.
3. W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia.
4. W schorzeniach przewlekłych oraz w pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań pielęgniarki poz, świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą.

⁽⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 zarządzenia nr 1/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 stycznia 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Podrozdział 6.2

Pielęgniarska opieka środowiskowa

Zasady zgłaszania do objęcia opieką i organizacji udzielania świadczeń

§ 25

Pielęgniarską opieką środowiskową objęci są świadczeniobiorcy, którzy:

- 1) ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich;
- 2) nie są objęci świadczeniami opieki długoterminowej realizowanej stacjonarnie oraz nie kwalifikują się do świadczeń hospicjum domowego i świadczeń długoterminowej opieki domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie;
- 3) uzyskali do 60 punktów w zmodyfikowanej skali Barthel;
- 4) złożyli deklarację wyboru pielęgniarki poz.

§ 26

1. Do pielęgniarskiej opieki środowiskowej świadczeniobiorca może zgłosić się osobiście lub być zgłoszony przez: lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarkę poz, położną poz oraz rodzinę, opiekunów lub instytucje.
2. W każdym przypadku, o którym mowa w ust. 1 dokonuje się zgłoszenia w formie pisemnej na formularzu zgłoszeniowym, który zawiera dane określone w załączniku nr 11 do zarządzenia.
3. Pacjent objęty pielęgniarską opieką środowiskową nie może być jednocześnie objęty pielęgniarską opieką długoterminową.

§ 27

Do 72 godzin od momentu otrzymania zgłoszenia od świadczeniobiorcy pielęgniarka poz realizująca pielęgniarską opiekę środowiskową powinna udać się do miejsca jego zamieszkania (pobytu), dokonać udokumentowanej w Indywidualnej karcie opieki pielęgniarskiej oceny i kwalifikacji do objęcia chorego opieką, na podstawie dostarczonych dokumentów, zebranych informacji oraz własnej weryfikacji przy wykorzystaniu „Karty oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel” oraz przyjąć od świadczeniobiorcy, o ile wcześniej nie została złożona, deklarację wyboru pielęgniarki poz.

§ 28

1. Pielęgniarka poz, w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej zapewnia, z zastrzeżeniem ust. 2:
 - 1) sprawowanie adekwatnej do potrzeb świadczeniobiorcy opieki pielęgniarskiej;
 - 2) edukację i informowanie rodziny (opiekuna) o potrzebach pacjenta.
2. Wykaz czynności pielęgniarskich dostępnych do realizacji w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej zawiera załącznik nr 10 do zarządzenia.

§ 29

Świadczenia mogą być udzielane przez pielęgniarki posiadające następujące kwalifikacje:

- 1) prawo wykonywania zawodu;
- 2) ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej oraz zachowawczego.

§ 30

Pielęgniarka realizująca pielęgniarską opiekę środowiskową zobowiązana jest posiadać neseser pielęgniarki poz wyposażony adekwatnie do realizowanych zadań, zgodnie z wymogami określonymi w § 23, ust. 2.

§ 31

1. Dostępność i organizacja udzielania świadczeń w pielęgniarskiej opiece środowiskowej:
 - 1) świadczenia pielęgniarskiej opieki środowiskowej udzielane są w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy;
 - 2) realizacja opieki nad świadczeniobiorcami następuje w dni powszednie, od poniedziałku do piątku, pomiędzy godziną 8.00. a 18.00. oraz w przypadkach uzasadnionych koniecznością zachowania ciągłości opieki, w pozostałe dni tygodnia, w godzinach uzgodnionych ze świadczeniobiorcą;
 - 3) pielęgniarka poz na podstawie dokonanej, zgodnie z zasadami określonymi w § 27, oceny i kwalifikacji do objęcia chorego opieką ustala przy wykorzystaniu wykazu czynności określonych w „Informacji dla świadczeniobiorcy” stanowiącej załącznik nr 10 do zarządzenia „Indywidualny plan opieki w pielęgniarskiej opiece środowiskowej”, konsultując go

z lekarzem poz świadczeniobiorcy i uzupełniając o ewentualne zlecenia lekarskie. Wzór „Indywidualnego planu opieki w pielęgniarskiej opiece środowiskowej” określa załącznik nr 13 do zarządzenia;

- 4) pielęgniarka poz jest zobowiązana do poinformowania świadczeniobiorcy oraz jego rodziny lub opiekunów – o planowanych czynnościach koniecznych do właściwego zrealizowania zadań pielęgniarskiej opiece środowiskowej, oraz zgodnie z „Informacją dla świadczeniobiorcy” stanowiącą załącznik nr 10 do zarządzenia, o zasadach zabezpieczenia środków niezbędnych do realizacji opieki;
 - 5) „Informację dla świadczeniobiorcy”, o której mowa w pkt. 3 i 4, pielęgniarka przekazuje w formie pisemnej osobie objętej opieką lub jej opiekunowi prawnemu;
 - 6) zgodę na realizację świadczeń zgodnie z ustalonym planem i na zasadach określonych w Informacji dla pacjenta, świadczeniobiorca lub jego opiekun prawny potwierdza własnoręcznym podpisem na formularzu „Indywidualnego planu opieki w pielęgniarskiej opiece środowiskowej”;
 - 7) ustalony, zgodnie z zasadami określonymi w pkt. 3 - 6, „Indywidualny plan opieki w pielęgniarskiej opiece środowiskowej”, pielęgniarka realizuje i dokumentuje, odnotowując datę udzielanych świadczeń oraz potwierdzając ich wykonanie podpisem świadczeniobiorcy;
 - 8) zużyte, w trakcie wykonywania czynności wynikających z „Indywidualnego planu opieki w pielęgniarskiej opiece środowiskowej”, materiały medyczne mogące stanowić zagrożenie epidemiologiczne, świadczeniodawca POZ realizujący świadczenie, zobowiązany jest zabezpieczyć, przechowywać i utylizować zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Jedna pielęgniarka nie może obejmować pielęgniarską opieką środowiskową równocześnie więcej niż 8 podopiecznych. Liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę zależy od stanu pacjenta i oceny czasu pracy potrzebnego dla wykonania czynności ujętych w „Indywidualnym planie opieki w pielęgniarskiej opiece środowiskowej”.
 3. Ustala się liczbę 5 500 punktów jako limit punktów możliwy do wypracowania przez jedną pielęgniarkę poz w ciągu jednego miesiąca.
 4. Określony w ust. 3 limit punktów przeznaczony należy na realizację świadczeń uwzględniając następujący podział:

- 1) 80% z liczby 5 500 punktów – na realizację pielęgniarskiej opieki środowiskowej;
 - 2) 20% z liczby 5 500 punktów – na realizację świadczeń pielęgniarki poz ujętych w pozycjach 1.1, 2 i 8 katalogu, o którym mowa w § 32 ust. 9 wykonanych innym świadczeniobiorcom niż określani w § 31 ust. 2, z zastrzeżeniem, że świadczeniobiorcy ci również złożyli deklarację wyboru pielęgniarki poz do pielęgniarki realizującej im opisane świadczenia.
5. Pielęgniarska opieka środowiskowa sprawowana przez pielęgniarkę na podstawie kwalifikacji świadczeniobiorcy dokonanej na zasadach określonych w § 27 może być realizowana (o ile stan świadczeniobiorcy tego wymaga) przez czas nieokreślony od daty objęcia opieką, z zastrzeżeniem ust. 6.
 6. Pielęgniarka w przebiegu realizacji procesu sprawowania pielęgniarskiej opieki środowiskowej, monitoruje stan zdrowia pacjenta poprzez dokonywanie na zasadach określonych ust. 1 pkt. 3 i 4, oceny stanu zdrowia świadczeniobiorcy i w zależności od stwierdzonych zmian, w uzgodnieniu z lekarzem poz modyfikuje „Indywidualny plan opieki w pielęgniarskiej opiece środowiskowej”.
 7. W przypadku stwierdzenia przez pielęgniarkę poz sprawującą pielęgniarską opiekę środowiskową nad świadczeniobiorcą, zmian w jego stanie zdrowia, świadczących o zaostrzeniu choroby lub wystąpieniu powikłań, zobowiązana jest ona do:
 - 1). niezwłocznej konsultacji zaistniałej sytuacji z lekarzem poz, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca;
 - 2). w razie konieczności - do wezwania zespołu ratownictwa medycznego. W powyższej sytuacji interwencja zespołu ratownictwa medycznego realizowana jest w ramach umowy o udzielanie świadczeń ratownictwa medycznego.
 8. Pielęgniarka udzielająca świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej nie może równocześnie realizować zadań pielęgniarki opieki długoterminowej.
 9. Pielęgniarka poz zobowiązana jest do prowadzenia dokumentacji medycznej z realizacji pielęgniarskiej opieki środowiskowej zgodnie ze wzorem określonymi w załącznikach nr 8, 11, 12 i 13 do zarządzenia oraz do przechowywania i udostępniania jej na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Podrozdział 6.3

Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa poz

§ 32

1. Finansowanie świadczeń pielęgniarstwa poz realizowane jest według wskazanej przez świadczeniodawcę we wniosku o zawarcie umowy metody finansowania świadczeń, to jest:
 - 1). rocznej stawki kapitacyjnej;
 - 2). katalogu wycenionych w punktach świadczeń pielęgniarstwa poz;
2. Przy zastosowaniu metody określonej w ust.1. pkt.1), w stosunku do konkretnego świadczeniobiorcy, ustalona w załączniku nr 1 do zarządzenia roczna stawka kapitacyjna, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej świadczeniobiorcy:
 - 1). od 0 do 6 roku życia współczynnikiem 1,30;
 - 2). od 7 roku życia do 65 roku życia współczynnikiem 1,0;
 - 3). powyżej 65 roku życia współczynnikiem 1,95.
3. Roczna stawka kapitacyjna, o której mowa w ust. 2, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez pielęgniarstwo poz w ramach programu profilaktyki gruźlicy. Świadczenia te finansowane są odrębnie, według zasad określonych w § 33 ust. 7-9.
4. Należność z tytułu realizacji świadczeń pielęgniarstwa poz rozliczanych metodą opisaną w ust.1 pkt.1) wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust. 2. Należność stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z ust. 2.
5. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 4 ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru i zawierającej imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania.
6. Informację, o której mowa w ust. 5, świadczeniodawca przekazuje do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do 7 dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Oddział wojewódzki przekazuje świadczeniodawcy

do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji listy pielęgniarstwa poz przez NFZ lista ta jest ostateczna za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez NFZ kontroli deklaracji u świadczeniodawcy wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.

7. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.
8. Przy stosowaniu metody określonej w ust. 1 pkt. 2 jednostką rozliczeniową jest punkt, którego wartość ustalono w załączniku nr 1 do zarządzenia.
9. Rozliczeniu, według przyporządkowanych wartości punktowych, podlegają świadczenia ujęte w „Katalogu świadczeń pielęgniarstwa w POZ” stanowiącym załącznik nr 14 do zarządzenia, wskazane do rozliczeń.
10. Należność z tytułu realizacji świadczeń pielęgniarstwa poz rozliczanych metodą opisaną w ust.1 pkt. 2) wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust. 2. Należność stanowi iloczyn liczby zrealizowanych w okresie sprawozdawczym punktów i wartości punktu, o którym mowa w ust. 8.
- 11.⁽⁷⁾ Deklaracje wyboru podlegają weryfikacji określonej w ust. 5-7.

⁽⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 zarządzenia nr 105/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2007 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Rozdział 7

Świadczenia pielęgniarki poz w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych

§ 33

1. Program profilaktyki gruźlicy - informacje ogólne o Programie zawarte zostały w załączniku nr 3 do zarządzenia.
2. Świadczenia w ramach Programu, udzielane są w godzinach działalności POZ, tj. od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
3. ⁽⁸⁾ Pielęgniarka poz obejmuje Programem zadeklarowanych świadczeniobiorców, którzy spełniają kryteria określone w ust. 3 pkt 3 lit. a) załącznika nr 3 do zarządzenia i zapewnia realizację następujących świadczeń:
 - 1) przeprowadza wywiad w kierunku gruźlicy wraz z wypełnieniem „Ankiety świadczeniobiorcy w Programie profilaktyki gruźlicy”, w sposób określony w załączniku nr 15 do zarządzenia;
 - 2) przeprowadza edukację zdrowotną świadczeniobiorcy;
 - 3) w przypadku świadczeniobiorców z grupy największego ryzyka zachorowania (w ankiecie uzyskali liczbę punktów > 9) pielęgniarka poz przekazuje pisemną informację lekarzowi poz, do którego zadeklarowany jest pacjent, o wynikach przeprowadzonej ankiety oraz wskazuje pacjentowi tryb dalszego postępowania, w tym informuje pacjenta o konieczności zgłoszenia się do lekarza poz celem dalszej oceny stanu zdrowia.
4. Ankieta Programu stanowi integralną część dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej przez świadczeniodawcę POZ w zakresie: świadczenia pielęgniarki poz.
5. Program realizowany jest w pomieszczeniach i przez personel medyczny realizujący świadczenia w zakresie pielęgniarki poz.

⁽⁸⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 zarządzenia nr 1/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 stycznia 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

6. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i przekazywania elektronicznej sprawozdawczości z realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 3 w oparciu o definicje komunikatów XML udostępnione bezpłatnie przez Fundusz.
7. Finansowanie świadczeń udzielanych w Programie profilaktyki gruźlicy odbywa się na podstawie informacji o udzielonej poradzie, stanowiącej jednostkę rozliczeniową programu, na którą składa się, traktowany jako jedno świadczenie, cykl udokumentowanych zdarzeń określonych w ust. 3.
8. W rozliczeniach świadczeń udzielanych w ramach Programu, obowiązuje stawka za poradę określona w załączniku nr 1 do zarządzenia.
9. Należność za świadczenia, o których mowa w ust. 8, wypłaca oddział wojewódzki Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust. 2.

Rozdział 8

Świadczenia położnej poz

§ 34

Położna poz zobowiązana jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu pielęgnacyjnej opieki położniczo–ginekologiczno-neonatologicznej w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy oraz w gabinecie położnej poz.

§ 35

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Na jedną położną poz nie powinno przypadać więcej niż 6 600 osób, do których zalicza się osoby płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2 miesiąca życia.
2. Listę świadczeniobiorców położnej poz może tworzyć położna posiadająca kwalifikacje określone w § 36 zarządzenia.

§ 36

Wymagane kwalifikacje

Świadczenia mogą być udzielane przez położne posiadające:

- 1) prawo wykonywania zawodu położnej;
- 2) kwalifikacje określone w art. 5 pkt. 28 ustawy odpowiednie do zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy lub tytuł zawodowy magistra położnictwa lub tytuł magistra pielęgniarstwa.

§ 37

Wymagania lokalowe i sprzętowe

1. Gabinet, w którym udzielane są świadczenia położnej poz, musi spełniać wymogi techniczne i sanitarne określone w odrębnych przepisach oraz być wyposażone w następujący sprzęt i aparaturę:
 - 1) kozetka;
 - 2) szafka przeznaczona do przechowywania leków, artykułów sanitarnych i innych materiałów medycznych;
 - 3) biurko i szafka kartoteczna - przeznaczone do przechowywania dokumentacji medycznej;

- 4) telefon.
2. Neseser położnej poz zawiera:
 - 1) podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku:
 - a) zestaw do wykonywania iniekcji,
 - b) zestaw do przetaczania płynów infuzyjnych,
 - c) zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych;
 - 2) zestaw przeciwwstrząsowy obejmujący produkty lecznicze zgodnie z wykazem stanowiącym załącznik nr 7 do Informacji;
 - 3) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;
 - 4) stetoskop, słuchawka położnicza;
 - 5) testy do oznaczania wartości cukru we krwi;
 - 6) pakiet do odkażania i dezynfekcji;
 - 7) zestaw do pielęgnacji noworodka;
 - 8) zestaw do porodu nagłego;
 - 9) glukometr;
 - 10) maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego;
 - 11) niezbędny zestaw do wykonywania zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych;
 - 12) pakiety odkażające i dezynfekcyjne;
 - 13) środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice).

§ 38

Organizacja oraz dostępność do świadczeń położnej POZ.

1. Opieka położnicza nad świadczeniobiorcami realizowana jest od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 i 18.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy – zgodnie z harmonogramem pracy, stanowiącym integralną część umowy.
2. W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia.
3. W schorzeniach przewlekłych oraz w pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań położnej poz świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą.

§ 39

Finansowanie świadczeń

1. Świadczenia położnej poz finansowane są zgodnie z ustaloną roczną stawką kapitulacyjną.
2. W rozliczeniach świadczeń, o których mowa w ust. 1 obowiązuje stawka określona w załączniku nr 1 do zarządzenia.
3. W stosunku do konkretnego świadczeniobiorcy, roczna stawka kapitulacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej:
 - 1) od 0 do 2 miesiąca życia współczynnikiem – 2,0;
 - 2) od 16 do 40 roku życia współczynnikiem – 1,20;
 - 3) pozostałe kobiety wpisane na listę aktywną współczynnikiem – 1,0.
4. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust. 2. Należność stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i rocznej stawki kapitulacyjnej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z ust. 3.
5. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 4 ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru i zawierającej imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania.
6. Informację, o której mowa w ust. 5, świadczeniodawca przekazuje do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do 7 dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Oddział wojewódzki przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji listy położnej poz przez NFZ lista ta jest ostateczna za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej kontroli przez NFZ deklaracji u świadczeniodawcy wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.
7. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej

niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.

Rozdział 9

Świadczenia pielęgniarki szkolnej

§ 40

1. Pielęgniarka szkolna zobowiązana jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz uczniów, w tym z zakresu profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą, w środowisku nauczania i wychowania, określonych w odrębnych przepisach.
2. Pielęgniarka szkolna realizuje w roku szkolnym, u uczniów klas I - VI, z zastrzeżeniem ust. 3, w odstępach co 6 tygodni, grupową profilaktykę fluorkową metodą nadzorowanego szczoteczkania zębów.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 realizowane jest w szkołach znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1mg/l i potwierdzony został uzyskanym z właściwej dla danego terenu stacji sanitarno – epidemiologicznej zaświadczeniem potwierdzającym wymagany stan faktyczny.

§ 41 ⁽⁹⁾

Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców

1. Na jedną pielęgniarkę szkolną nie powinno przypadać więcej niż 1 100 uczniów. Pielęgniarka szkolna obejmuje w środowisku nauczania i wychowania opieką dzieci i młodzież szkolną od klasy „0” (w szkołach podstawowych) do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej.
2. Zalecana liczba uczniów wymieniona w ust.1 przypadająca na jedną pielęgniarkę szkolną korygowana jest według zasad opisanych w „Standardach w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”, opracowanych przez Instytut Matki i Dziecka Zakład Medycyny Szkolnej (Warszawa 2003 r.), zawartych w tabeli poniżej:

⁽⁹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 zarządzenia nr 17/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lutego 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Typ szkoły	Zalecana liczba uczniów na jedną pielęgniarkę	Uwagi
I.1 Szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach)	880	
I.2 Szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach) z klasami integracyjnymi i sportowymi	Wyliczana zgodnie z zasadami opisanymi w uwadze obok	<p>Liczba pielęgniarek/higienistek szkolnych niezbędna dla sprawowania opieki nad uczniami powinna być ustalana zgodnie z następującymi zasadami:</p> <ol style="list-style-type: none"> do ogólnej liczby uczniów w szkole należy dodać liczbę uczniów niepełnosprawnych pomnożoną przez odpowiedni wskaźnik określający rodzaj niepełnosprawności (podane niżej) u uczniów i podzielić przez 880, Wskaźniki: <ul style="list-style-type: none"> - upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim i sprawni ruchowo; niepełnosprawni ruchowo; niedowidzący i niewidomi; niedosłyszący i głusi, przewlekłe choroby (wymagający dodatkowych świadczeń zdrowotnych w czasie nauki w szkole) – wskaźnik 7; - upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim i niepełnosprawni ruchowo oraz upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym lub znacznym i sprawni ruchowo – wskaźnik 10; - upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym lub znacznym i niepełnosprawni ruchowo – wskaźnik 30 uczniów klas sportowych należy kwalifikować jako osoby wymagające dodatkowych świadczeń zdrowotnych w czasie nauki w szkole
II Zasadnicze szkoły zawodowe i technika prowadzące naukę w warsztatach w szkole	700	
III Szkoły specjalne dla dzieci i młodzieży: A - z lekkim upośledzeniem umysłowym, sprawnych ruchowo; niewidomych i niedowidzących; głuchych i niedosłyszących; przewlekłe chorych (w tym	150	Liczba uczniów na jedną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności uczniów oraz specyfiki danej szkoły i powinna być ustalana indywidualnie przed zawarciem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

osób w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie);		
B - z lekkim upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo; umiarkowanym upośledzeniem i sprawnych ruchowo;	80	
C - z umiarkowanym i znacznym upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo	30	

§ 42

Wymagane kwalifikacje

Świadczenia mogą być udzielane przez pielęgniarki szkolne posiadające:

- 1) prawo wykonywania zawodu;
- 2) kwalifikacje określone w § 4 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 282 poz. 2814 ze zm.).

§ 43

Wymagania lokalowe i sprzętowe

1. Świadczenia pielęgniarki szkolnej realizowane są w szkole, w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, a w przypadku braku gabinetu profilaktyki w szkole dopuszcza się udzielanie świadczeń w poradni POZ lub w użyczonych w tym celu przez dyrektora szkoły pomieszczeniach.
2. Pomieszczenie, w którym udzielane są świadczenia pielęgniarki szkolnej, muszą spełniać wymogi techniczne i sanitarne określone w odrębnych przepisach oraz być wyposażone w następujący sprzęt i aparaturę:
 - 1) waga medyczna ze wzrostomierzem;
 - 2) kozetka;
 - 3) stolik zabiegowy;
 - 4) parawan;
 - 5) biurko i szafka kartoteczna przeznaczone do przechowywania dokumentacji medycznej;
 - 6) szafka przeznaczona do przechowywanie leków, artykułów sanitarnych i innych materiałów medycznych;

- 7) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych;
- 8) stetoskop;
- 9) tablice Snellena do badania ostrości wzroku;
- 10) tablice Ishihary do badania widzenia barw;
- 11) tablice – siatki centylowe wzrostu i masy ciała oraz inne pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników;
- 12) środki i sprzęt do nadzorowanej grupowej profilaktyki próchnicy zębów;
- 13) przenośna apteczka pierwszej pomocy zawierająca w szczególności:
 - a) produkty lecznicze wchodzące w skład zestawu przeciwwstrząsowego zgodnie z wykazem stanowiącym załącznik nr 9 do zarządzenia,
 - b) gaziki jałowe,
 - c) gazę jałową,
 - d) bandaże dziane i elastyczne,
 - e) chustę trójkątną,
 - f) przylepiec, przylepiec z opatrunkiem,
 - g) rękawiczki jednorazowe,
 - h) octanowinian glinu (altacet),
 - i) dermazin (argosulfan) w kremie,
 - j) wodę utlenioną,
 - k) spirytus salicylowy,
 - l) tabletki przeciwbólowe, rozkurczowe,
 - m) neospasminę,
 - n) maseczkę twarzową do prowadzenia oddechu zastępczego,
 - o) szyny Kramera,
 - p) stazę automatyczną,
 - p) nożyczki,
 - r) pakiet do odkażania.

§ 44

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

1. Pielęgniarka szkolna zapewnia dostępność do świadczeń w wymiarze czasu pracy proporcjonalnym do liczby uczniów objętych opieką, z uwzględnieniem

zasad opisanych w § 41 oraz planu godzin lekcyjnych, zgodnie z harmonogramem pracy stanowiącym integralną część umowy.

2. Podmiot ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie: świadczenia pielęgniarstwa szkolnej, przedkłada Funduszowi aktualną na dzień złożenia wniosku informację o miejscach udzielania świadczeń i charakterystyce populacji uczniów, która zostanie objęta opieką świadczeniodawcy na podstawie zawartej umowy.
3. Informację, o której mowa w ust. 2 należy sporządzić na podstawie dokumentów źródłowych (np. porozumienia) o nawiązaniu współpracy z poszczególnymi szkołami zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 16 do zarządzenia, uwzględniając w niej podział na typy szkół i populację uczniów, określony w § 41 ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 4. Dokumenty źródłowe dla Informacji, w formie kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem, należy dołączyć do Informacji.
4. ⁽¹⁰⁾ Przepisania uczniów do poszczególnych grup (A, B lub C) w szkołach typu III, z wyłączeniem szkół specjalnych dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie, należy dokonywać na podstawie wydanych orzeczeń o niepełnosprawności, które znajdują się w dokumentacji szkoły lub będących w posiadaniu ucznia.

§ 45

Finansowanie świadczeń

1. Finansowanie świadczeń w zakresie: świadczenia pielęgniarstwa szkolnej, realizowane jest według ustalonej rocznej stawki kapitałowej.
2. W stosunku do konkretnego ucznia roczna stawka kapitałowa, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły i populacji uczniów, zgodnie z tabelą zamieszczoną w § 41 ust. 2:
 - 1) uczniowie szkół typu I.1 - współczynnik korygujący 1,0;
 - 2) uczniowie klas integracyjnych i sportowych w szkołach typu I.2 - współczynnik korygujący 1,4;
 - 3) uczniowie szkół typu II, - współczynnik korygujący 1,4;
 - 4) uczniowie typu A w szkołach typu III - współczynnik korygujący 4,0;

⁽¹⁰⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 zarządzenia nr 17/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lutego 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

- 5) uczniowie typu B w szkołach typu III - współczynnik korygujący 7,5;
- 6) uczniowie typu C w szkołach typu III - współczynnik korygujący 20,0;
3. W rozliczeniach świadczeń, o których mowa w ust. 1 obowiązuje stawka określona w załączniku nr 1 do zarządzenia.
4. Podstawą finansowania świadczeń pielęgniarstwa szkolnego, są przekazywane comiesięcznie listy uczniów objętych opieką, uczęszczających do danego typu szkoły, określonego w § 41 ust 2, z zastrzeżeniem § 40 ust. 2. Listy należy potwierdzać przynajmniej 2 razy w roku tj. w marcu i październiku, podpisem dyrektora szkoły.
5. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust. 2.
6. Należność za świadczenia pielęgniarstwa szkolnego stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby uczniów objętych opieką i rocznej stawki kapitałowej, z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z ust. 2.
7. W przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej należność, o której mowa w ust. 6, jest powiększona o dwunastą część iloczynu liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową oraz rocznej stawki kapitałowej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia.
8. Listy uczniów podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz na zasadach określonych w § 11 ust. 6 i 7 w odniesieniu do list uczniów przekazywanych przez świadczeniodawców.
9. Do rozliczania świadczeń w miesiącach: lipiec i sierpień przyjmuje się stosowne liczby uczniów zweryfikowane na dzień 1 czerwca roku obowiązywania umowy.
10. W przypadku pozostawiania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców Fundusz zastrzega sobie prawo wstrzymania finansowania za wskazanymi uczniami do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności.

Rozdział 10

Nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska w POZ

§ 46

Nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska i/lub pielęgniarska w POZ

1. Świadczeniami nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ambulatorium, odpowiednio przez lekarza lub pielęgniarkę w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, a także świadczenia udzielane w związku z potrzebą zachowania ciągłości leczenia, pozostające w zakresie zadań świadczeniodawcy POZ.
2. Podmiot ubiegający się o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ składa do wniosku o zawarcie umowy oświadczenia świadczeniodawców POZ, którzy cedują temu świadczeniodawcy, prawa do objęcia opieką zadeklarowanych do nich świadczeniobiorców we wskazanym, szczegółowym zakresie świadczeń. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 17 do zarządzenia.
3. Świadczenia są udzielane od poniedziałku do piątku w godz. od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8.00 do 8.00 dnia następnego.
4. W ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/ lub pielęgniarskiej świadczeniodawca jest zobowiązany do:
 - 1) zapewnienia świadczeniobiorcy niezbędnej pomocy medycznej;
 - 2) zapewnienia świadczeniobiorcy ciągłości leczenia, w przypadkach wymagających dalszego postępowania, poprzez wskazanie ośrodków i miejsc, w których proces przywracania zdrowia może być kontynuowany;
 - 3) orzekania i opiniowania o stanie zdrowia w uzasadnionych przypadkach.
5. Lekarz i/lub pielęgniarka udzielający/a świadczeń realizuje zadania wymienione w ust. 4 w szczególności poprzez:
 - 1) świadczenia zdrowotne lekarskie udzielane w warunkach ambulatoryjnych, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia, a w szczególności: utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków

komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, urazów wypadkowych powstałych w nagłych sytuacjach, nagłej duszności, porażenia prądem elektrycznym, porodu oraz dolegliwości związanych z ciążą;

- 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym lekarza poz lub gabinecie pielęgniarki poz zlecone podopiecznym przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego działających w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji.
6. W przypadku konieczności wezwania zespołu ratownictwa medycznego, odpowiednio lekarz lub pielęgniarka pozostaje w miejscu udzielania świadczenia do czasu przyjazdu zespołu. W tej sytuacji interwencja zespołu rozliczana jest w ramach odrębnej umowy zawartej przez oddział wojewódzki Funduszu ze świadczeniodawcą realizującym świadczenia w tym zakresie.
7. ⁽¹¹⁾ Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza poz i/lub pielęgniarki poz – w trakcie realizacji świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ – nie powinna przekroczyć 50 000 osób.
8. Świadczeniodawca realizujący umowę w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ organizuje miejsca udzielania świadczeń z zaleceniem zachowania spójności obszaru zamieszkania świadczeniobiorców objętych jego opieką.

§ 47

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie w obowiązującymi przepisami.
2. Dokumentacja, której mowa w ust. 1, zawiera w szczególności:
 - 1) dane osobowe pacjenta: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń;
 - 2) datę i godzinę zgłoszenia;

⁽¹¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 7 zarządzenia nr 105/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2007 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

- 3) adnotacje dotyczące wywiadu, badania fizykalnego, rozpoznania klinicznego oraz wykonanych procedurach medycznych i wydanych zleceniach;
- 4) adnotacje dotyczące wykonanego zabiegu pielęgniarskiego;
- 5) informację o wezwaniu zespołu ratownictwa medycznego.

§ 48⁽¹²⁾

Wymagane kwalifikacje

Świadczenia mogą być udzielane odpowiednio przez:

- 1) lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu i specjalizację w dziedzinie medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii oraz będących w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, z uwzględnieniem przepisu § 2 ust. 1 pkt 38 zarządzenia;
- 2) lekarzy innych niż wymienieni w pkt 1, posiadających prawo wykonywania zawodu oraz minimum 6 letni staż pracy w zawodzie, z uwzględnieniem czasu trwania stażu podyplomowego;
- 3) pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu oraz minimum 3 letni staż pracy w zawodzie.

§ 49

Wymagania lokalowe i sprzętowe

Pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej, spełniać wymogi techniczne i sanitarne określone w odrębnych przepisach oraz być wyposażone w sprzęt i aparaturę wymaganą, stosownie dla zakresów świadczeń: świadczenia lekarza poz i świadczenia pielęgniarki poz, przepisami § 9 ust. 1 i 2 oraz § 23.

⁽¹²⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 8 zarządzenia nr 105/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2007 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

§ 50

Finansowanie świadczeń

1. Finansowanie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ, realizowane jest według ustalonych rocznych stawek kapitaacyjnych.
2. W rozliczeniach świadczeń, o których mowa w § 46 ust. 1 obowiązują stawki określone w załączniku nr 1 do zarządzenia.
3. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust.2. Należność stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką i właściwej dla realizowanego zakresu świadczeń rocznej stawki kapitacyjnej.
4. ⁽¹³⁾ Podstawą finansowania są listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do pielęgniarki poz danego świadczeniodawcy POZ lub listy świadczeniobiorców zadeklarowanych odpowiednio do lekarza poz i/lub pielęgniarki poz tych świadczeniodawców POZ, którzy złożyli oświadczenia, o których mowa w § 46 ust. 2.
5. Oddział wojewódzki przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji list lekarza poz i pielęgniarki poz przez Fundusz, listy te są ostateczne za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez NFZ kontroli wskazują na potrzebę ich ponownej weryfikacji.
6. Zweryfikowana liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 5 jest przekazywana świadczeniodawcy przez Fundusz na podstawie weryfikacji opisanej odpowiednio do zakresu świadczeń w § 11 ust. 6 – 8 i/lub w § 32 ust. 5 – 7.

⁽¹³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 zarządzenia nr 1/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 stycznia 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

§ 51

Nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska i/lub pielęgniarska w POZ

1. Świadczeniami nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ są świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w domu świadczeniobiorcy, odpowiednio przez lekarza lub pielęgniarkę w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, a także świadczenia udzielane w związku z potrzebą zachowania ciągłości leczenia, pozostające w zakresie zadań świadczeniodawcy POZ.
2. Podmiot ubiegający się o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ składa do wniosku o zawarcie umowy oświadczenia świadczeniodawców POZ, którzy cedują temu świadczeniodawcy, prawa do objęcia opieką zadeklarowanych do nich świadczeniobiorców we wskazanym szczegółowym zakresie świadczeń. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 17 do zarządzenia.
3. Świadczenia są udzielane od poniedziałku do piątku w godz. od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy od godz. 8.00 do 8.00 dnia następnego.
4. W ramach nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ, świadczeniodawca jest zobowiązany do:
 - 1) zapewnienia świadczeniobiorcy niezbędnej pomocy medycznej;
 - 2) zapewnienia świadczeniobiorcy ciągłości leczenia, w przypadkach wymagających dalszego postępowania, poprzez wskazanie ośrodków i miejsc, w których proces przywracania zdrowia może być kontynuowany;
 - 3) orzekania i opiniowania o stanie zdrowia w uzasadnionych przypadkach;
 - 4) zapewnienia świadczeniobiorcy ciągłości pielęgnacji i pielęgniarskich zabiegów leczniczych;
5. Lekarz i/lub pielęgniarka udzielający/a świadczeń realizuje zadania określone w ust. 4 w szczególności poprzez:
 - 1) świadczenia zdrowotne lekarskie udzielane w domu świadczeniobiorcy, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia, a w szczególności: utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, urazów wypadkowych

powstałych w nagłych sytuacjach, nagłej duszności, porażenia prądem elektrycznym, porodu, dolegliwości związanych z ciążą oraz nagłych zachorowań w miejscu publicznym;

- 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w domu świadczeniobiorcy, zlecone podopiecznym przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego działających w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji, z wyjątkiem świadczeń pielęgniarskiej opieki środowiskowej.
6. W przypadku konieczności wezwania zespołu ratownictwa medycznego, odpowiednio lekarz lub pielęgniarka pozostaje w miejscu udzielania świadczenia do czasu przyjazdu zespołu. W tej sytuacji interwencja zespołu rozliczana jest w ramach odrębnej umowy zawartej przez oddział wojewódzki Funduszu ze świadczeniodawcą realizującym świadczenia w tym zakresie.
7. ⁽¹⁴⁾ Liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza poz i/lub pielęgniarki poz - w trakcie realizacji świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ - nie powinna przekroczyć 50 000 osób.

§ 52

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ realizuje umowę przy wykorzystaniu posiadanych środków komunikacji.
2. Środki komunikacji, o których mowa w ust. 1 nie muszą spełniać norm określonych dla środków transportu sanitarnego.
3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/ lub pielęgniarskiej w POZ zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Dokumentacja, której mowa w ust. 1, zawiera w szczególności:
 - 1) dane osobowe pacjenta: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, numer dokumentu uprawniającego do świadczeń;

⁽¹⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 10 zarządzenia nr 105/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2007 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

- 2) datę i godzinę zarejestrowania zgłoszenia oraz datę i godzinę przyjazdu lekarza, pielęgniarki;
- 3) adres miejsca udzielenia świadczenia;
- 4) adnotacje dotyczące wywiadu, badania fizykalnego, rozpoznania klinicznego oraz wykonanych procedur medycznych i pielęgnacyjnych oraz wydanych zleceniach;
- 5) informację o wezwaniu zespołu ratownictwa medycznego.

§ 53 ⁽¹⁵⁾

Wymagane kwalifikacje

Świadczenia mogą być udzielane odpowiednio przez:

- 1) lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu i specjalizację w dziedzinie medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii oraz będących w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, z uwzględnieniem § 2 ust. 1 pkt 38;
- 2) lekarzy innych niż wymienieni w pkt 1, posiadających prawo wykonywania zawodu oraz minimum 6 letni staż pracy w zawodzie, z uwzględnieniem czasu trwania stażu podyplomowego;
- 3) pielęgniarki posiadające kwalifikacje określone w § 22.

§ 54

Wymagania sprzętowe

1. Lekarz i pielęgniarka udzielający świadczeń w domu pacjenta, w ramach nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej posiadają wyposażenie niezbędne do udzielania tych świadczeń.
2. Lekarz oraz pielęgniarka udzielający świadczeń w nocnej i świątecznej opiece wyjazdowej lekarskiej i/lub pielęgniarskiej powinni posiadać telefon komórkowy lub inne urządzenie do bezpośredniego kontaktowania się ze świadczeniobiorcami.

⁽¹⁵⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 11 zarządzenia nr 105/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2007 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

§ 55

Finansowanie świadczeń

1. Finansowanie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ, realizowane jest według ustalonych rocznych stawek kapitacyjnych.
2. W rozliczeniach świadczeń, o których mowa w § 51 ust. 1 obowiązują stawki określone w załączniku nr 1 do zarządzenia.
3. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust.2. Należność stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką i właściwej dla realizowanego zakresu świadczeń rocznej stawki kapitacyjnej.
4. ⁽¹⁶⁾ Podstawą finansowania są listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do pielęgniarki poz danego świadczeniodawcy POZ lub listy świadczeniobiorców zadeklarowanych odpowiednio do lekarza poz i/lub pielęgniarki poz tych świadczeniodawców POZ, którzy złożyli oświadczenia, o których mowa w § 46 ust. 2.
5. Oddział wojewódzki przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji list lekarza poz i pielęgniarki poz przez Fundusz, listy te są ostateczne za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez NFZ kontroli wskazują na potrzebę ich ponownej weryfikacji.
6. Zweryfikowana liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 5 jest przekazywana świadczeniodawcy przez Fundusz na podstawie weryfikacji opisanej odpowiednio do zakresu świadczeń w § 11 ust. 6 – 8 i/lub w § 32 ust. 5 – 7.

⁽¹⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 zarządzenia nr 1/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 stycznia 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Rozdział 11

Transport sanitarny w POZ

§ 56⁽¹⁷⁾

1. Świadczeniami w zakresie transportu sanitarnego w POZ są świadczenia opieki zdrowotnej polegające na zapewnieniu świadczeniobiorcom transportu sanitarnego, od poniedziałku do piątku, w godz. od 8.00 do 18.00, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, wynikającego ze wskazań medycznych, do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem, realizowanego na zasadach określonych w przepisach odrębnych, z zastrzeżeniem ust. 3. Świadczenia transportu sanitarnego w POZ, poza sytuacjami wymienionymi w § 57 ust 1, nie obejmują obowiązku zapewnienia transportu sanitarnego realizowanego przez świadczeniodawców w innych rodzajach świadczeń na podstawie przepisów odrębnych.
2. Podmiot ubiegający się o realizację transportu sanitarnego w POZ składa do wniosku o zawarcie umowy, oświadczenia świadczeniodawców POZ, którzy cedują temu świadczeniodawcy prawa do objęcia opieką zadeklarowanych do nich świadczeniobiorców, we wskazanym szczegółowym zakresie świadczeń. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 17 do zarządzenia.
3. Świadczeniami w zakresie transportu sanitarnego w POZ są też świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ, które ze względu na odległość „tam i z powrotem” na jaką wykonywany jest przewóz świadczeniobiorcy przekraczają 120 km łącznie, udzielane w przypadkach określonych w § 57 zarządzenia i zgodnie z określonymi tam zasadami.
4. W przypadkach, gdy miejsce udzielenia świadczenia wskazane skierowaniem na transport sanitarny, nie jest najbliższym we właściwym, uzasadnionym względami medycznymi, zakresie – koszty transportu wynikające z różnicy odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym i docelowym, pokrywa świadczeniobiorca, zgodnie z cennikiem obowiązującym u świadczeniodawcy POZ, który realizuje świadczenie transportu sanitarnego.
5. Świadczenia, o których mowa w 1, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie

⁽¹⁷⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 zarządzenia nr 17/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lutego 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

zlecenia lekarza poz.

6. Świadczenia, o których mowa w ust. 3, są udzielane świadczeniobiorcy na podstawie zlecenia lekarza poz, wydanego zgodnie z trybem określonym w § 57 ust. 2 niniejszego zarządzenia.

§ 57

1. ⁽¹⁸⁾Świadczenie transportu „dalekiego” w POZ przysługuje świadczeniobiorcom znajdującym się na listach prowadzonych przez świadczeniodawców POZ dla zakresu: świadczenia lekarza poz, w następujących sytuacjach:
 - 1) gdy z przyczyn losowych, niewynikających z wyboru świadczeniobiorcy, korzystał on ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a jego stan zdrowia w momencie uzyskania wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do miejsca zamieszkania (domu świadczeniobiorcy). Transport ten jest realizowany od granicy Polski do miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy;
 - 2) 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. Transport taki jest realizowany od granicy Polski do najbliższego, ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie;
 - 3) gdy, z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca musi korzystać ze świadczeń specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, a najbliższy świadczeniodawca udzielający świadczeń we właściwym zakresie zlokalizowany jest w odległości określonej przepisami § 56 ust. 3 i ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy - transport POZ przysługuje z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do najbliższego

⁽¹⁸⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 6 zarządzenia nr 17/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lutego 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem;

- 4) gdy z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, świadczeniobiorca musi korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń opieki ambulatoryjnej, realizowanych jedynie przez niektórych świadczeniodawców we właściwym zakresie świadczeń i miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości określonej przepisami § 56 ust. 3, a ogólny stan zdrowia świadczeniobiorcy nie pozwala na jego samodzielny dojazd do świadczeniodawcy - transport POZ przysługuje z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do Świadczeniodawcy wskazanego skierowaniem na transport sanitarny i z powrotem. Przepis stosuje się odpowiednio dla procedur kwalifikacji wstępnej świadczeniobiorców do świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu Państwa realizowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego ds. zdrowia (Dz. U. Nr 267, poz. 2661, ze zm.).
2. O wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ występuje, w uzgodnieniu z lekarzem poz, do dyrektora właściwego terytorialnie oddziału wojewódzkiego Funduszu:
- 1) świadczeniobiorca lub członek rodziny świadczeniobiorcy po uzyskaniu stosownego zaświadczenia (sporządzonego w języku polskim) od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych, w przypadkach określonych w ust. 1 pkt 1 i 2;
 - 2) świadczeniobiorca lub jego opiekun prawny, po uzyskaniu stosownego zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczeń, w przypadkach określonych w ust. 1 pkt 3 i 4;
 - 3) wzór wniosku o zlecenie transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ określa załącznik nr 18 do zarządzenia.

§ 58

1. Finansowanie świadczeń w zakresie transportu sanitarnego w POZ realizowane jest według ustalonej rocznej stawki kapitałowej.

2. Finansowanie świadczeń udzielanych w zakresie transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ odbywa się na podstawie informacji o zrealizowanych przewozach, dla których jednostkami rozliczeniowymi są zryczałtowane stawki za przewóz wymienione w ust. 4
3. W rozliczeniach świadczeń, o których mowa w § 56 ust. 1 obowiązuje roczna stawka kapitacyjna określona w załączniku nr 1 do zarządzenia.
4. W rozliczeniach świadczeń, o których mowa w § 56 ust. 3 obowiązują zryczałtowane stawki za realizację usługi, uzależnione od ilości przebytych kilometrów „tam i z powrotem”, ustalane dla następujących przedziałów odległości:
 - 1) od 121 km do 400 km – określona w załączniku nr 1 do zarządzenia;
 - 2) powyżej 400 km – określona w załączniku nr 1 zarządzenia.
5. Należność z tytułu realizacji świadczeń wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury (rachunku), o której mowa w § 5 ust. 2, wraz ze specyfikacją przewozów, o których mowa w ust. 4, zawierającą liczbę przebytych kilometrów o odniesieniu do każdego przewozu. Należność stanowi suma:
 - 1) dwunastej części iloczynu liczby świadczeniobiorców objętych opieką i rocznej stawki kapitacyjnej określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia;
 - 2) iloczynu liczby zrealizowanych świadczeń, o których mowa w ust.4 pkt. 1) i stawki określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia;
 - 3) sumy iloczynów liczby zrealizowanych świadczeń, o których mowa u ust. 4 pkt. 2) i stawki określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia oraz sumy iloczynów liczby przejechanych kilometrów (ponad odległość 400 km) i stawki określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia.
6. Podstawą finansowania w odniesieniu do świadczeń realizowanych na zasadach określonych w § 56 ust. 1 są listy świadczeniobiorców zadeklarowanych odpowiednio do lekarza poz świadczeniodawcy POZ lub tych świadczeniodawców POZ, którzy złożyli oświadczenia, o których mowa w § 56 ust. 2.
7. Oddział wojewódzki przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres

sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji listy lekarza poz przez Fundusz, lista ta jest ostateczna za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez NFZ kontroli deklaracji u świadczeniodawcy wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.

8. Zweryfikowana liczba świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 7 jest przekazywana świadczeniodawcy przez Fundusz na podstawie weryfikacji opisanej w § 11 ust. 6 – 8.

§ 59

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie: transport sanitarny w POZ prowadzi dokumentację udzielania świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w szczególności – Książkę wyjazdów.
2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, zawiera w szczególności:
 - 1) dane osobowe pacjenta: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, numer dokumentu uprawniającego do świadczeń;
 - 2) dane zleceniodawcy, datę przyjęcia zlecenia, docelowe miejsce i przyczyna transportu;
 - 3) datę realizacji zlecenia i charakter transportu (zwykły, daleki);
 - 4) liczbę przejechanych kilometrów.

Rozdział 12

Zawieranie umów w POZ

§ 60

1. Fundusz określa odrębne wzory umów dla następujących merytorycznych zakresów świadczeń:
 - 1) świadczenia lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej;
 - 2) nocna i świąteczna opieka medyczna w POZ, nocna i świąteczna ambulatoryjna i wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska w POZ oraz transport sanitarny w POZ.
2. Wzory umów, o których mowa w ust. 1, stanowią odpowiednio załączniki nr 19 i 20 do zarządzenia.
3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.

§ 61

Warunkiem zawarcia umowy jest:

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

§ 62

1. Wnioskujący składa wniosek, którego wzór stanowi załącznik nr 21 do zarządzenia do oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń, w sposób określony przez ten oddział wojewódzki Funduszu.
2. Wnioski o zawarcie umów mogą być składane w ciągu całego roku kalendarzowego.
3. Wnioski składać należy do 10 dnia każdego miesiąca. Złożone prawidłowo wnioski rozpatrzone będą w czasie umożliwiającym zawarcie umowy od pierwszego dnia kolejnego okresu sprawozdawczego.
4. Złożenie wniosku jest równoznaczne z:
 - 1) oświadczeniem wnioskującego o zapoznaniu się z zapisami zarządzenia;

- 2) potwierdzeniem przez wnioskodawcę prawdziwości danych zawartych w złożonym wniosku;
- 3) oświadczeniem o posiadaniu tytułu prawnego do pomieszczeń oraz spełnieniu wymogów lokalowych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których będą udzielane świadczenia w ramach zawartej umowy z uwzględnieniem obowiązujących przepisów prawa;
- 4) oświadczeniem o posiadaniu tytułu prawnego do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej koniecznych dla prawidłowego sposobu udzielania świadczeń, stanowiących wyposażenie pomieszczeń, o których mowa w pkt 3);
- 5) spełnienia warunku określonego w art. 132 ust. 3 ustawy.

§ 63

1. Wnioskujący składa wniosek w formie pisemnej i elektronicznej, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
2. Wniosek w formie elektronicznej sporządzany jest w formacie wymaganym przez system informatyczny oddziału wojewódzkiego Funduszu. Oddział wojewódzki Funduszu dla sporządzenia wniosku w formie elektronicznej udostępnia wnioskującym bezpłatne oprogramowanie aplikacyjne lub zapewnia dostęp do aplikacji portalowej.
3. Wniosek składa się z następujących części:
 - 1) dane identyfikacyjne wnioskującego;
 - 2) wykaz podwykonawców z informacją o umowach podwykonania, gdy w szczegółowych warunkach umów lub wzorze umowy, dopuszczone jest zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 3) wykaz personelu z opisem kompetencji, w tym personelu podwykonawcy w przypadku podzlecenia zakresu świadczeń;
 - 4) wykaz sprzętu, w tym sprzętu podwykonawcy w przypadku podzlecenia zakresu świadczeń;
 - 5) wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, w tym podwykonawcy;
 - 6) oferta rzeczowa dla przedmiotu postępowania w miejscach udzielania świadczeń, w tym:
 - a) informacja o zakresie rzeczowym wniosku,

- b) wskazanie potencjału wykonawczego na podstawie wykazów określonych w pkt 2 – 4,
 - c) harmonogram udzielania świadczeń,
 - d) harmonogram pracy personelu lub jego ogólną dostępność godzinową;
- 7) ankiet dotyczących danego przedmiotu postępowania;
- 8) dokumentów opisanych w § 64;
4. Wniosek w formie pisemnej stanowi wydruk z aplikacji ofertowej zgodny z załącznikiem nr 21 do zarządzenia, wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 1 pkt 8.
5. W przypadku, gdy w dniu składania wniosku oddział wojewódzki Funduszu posiada w swoim systemie informatycznym informacje, o których mowa w ust. 3 pkt 2 – 5, pkt 6 lit.b,c,d i pkt 7 a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dopuszcza złożenie wniosku w części określonej w ust. 3 pkt 6 lit.a oraz pisemnego oświadczenia, którego treść określono w załączniku nr 22 do zarządzenia.
6. W przypadku wystąpienia zmian w danych, o których mowa w ust 5, świadczeniodawca zobowiązany jest do aktualizacji tych danych w sposób określony przez Fundusz.

§ 64

1. Wniosek w formie pisemnej powinien być uzupełniony o następujące dokumenty i oświadczenia:
- 1) dokumenty określające zdolność do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej:
 - a) w przypadku zakładów opieki zdrowotnej – aktualny wypis z rejestru wojewody lub Ministra Zdrowia,
 - b) w przypadku indywidualnych lub grupowych praktyk – aktualny dokument stwierdzający wpis do rejestru właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej albo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych;
 - 2) dokumenty określające zdolność wnioskującego do czynności prawnych:
 - a) w przypadku zakładów opieki zdrowotnej – aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych

zakładów opieki zdrowotnej (w przypadku SP ZOZ),

- b) w przypadku świadczeniodawców prowadzących działalność gospodarczą – aktualne zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru przedsiębiorców;
 - 3) kopia obowiązującego statutu;
 - 4) kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem ust. 6-8. Świadczeniodawca, który nie posiada umowy z oddziałem wojewódzkim Funduszu może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument stwierdzający (oświadczenie świadczeniobiorcy), że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej spełniająca wymogi określone przez Fundusz zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem ust. 6-8;
 - 5) wykaz podwykonawców stanowiący załącznik nr 23 do zarządzenia oraz kopie zawartych z nimi umów (bez postanowień określających finansowanie) albo wzory umów z podwykonawcami, łącznie ze zobowiązaniem się do ich zawarcia, zawierające zastrzeżenia o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z wnioskującym, o ile przewiduje on udział podwykonawców w realizacji umowy;
 - 6) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskującego, w szczególności do złożenia wniosku, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania wnioskującego wynika z dokumentów przedstawionych wraz z wnioskiem – w przypadku, gdy wnioskujący reprezentowany jest przez pełnomocnika;
 - 7) o inne dokumenty lub oświadczenia, jeżeli obowiązek ich dołączenia do wniosku określony został w niniejszym zarządzeniu.
2. W przypadku wnioskodawców, którzy:
- 1) w dniu złożenia wniosku są świadczeniodawcami realizującymi umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna;

- 2) złożyli oferty o zawarcie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w innych rodzajach świadczeń lub;
- 3) są świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w innych rodzajach świadczeń
- i w związku tym oddział wojewódzki Funduszu posiada dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 1 - 3, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, wnioskujący może złożyć oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 24 do zarządzenia.
3. Kserokopie dokumentów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń w imieniu wnioskującego.
4. Oddział wojewódzki Funduszu może żądać przedstawienia oryginału dokumentu w przypadku, gdy kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej zgodności z oryginałem, a oddział wojewódzki Funduszu nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.
5. W przypadku złożenia przez wnioskującego oryginalnych dokumentów oddział wojewódzki Funduszu zwraca je na wniosek świadczeniodawcy, pod warunkiem dostarczenia przez niego kserokopii tych dokumentów poświadczonych zgodnie z ust. 3.
6. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia, wynosi równowartość w złotych:
 - 1) 46.500 euro w odniesieniu do:
 - a) zakładów opieki zdrowotnej,
 - b) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
 - c) grupowej praktyki lekarskiej prowadzącej działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
 - 2) 25.000 euro w odniesieniu do:
 - a) osób wykonujących zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
 - b) grupowej praktyki pielęgniarek, położnych prowadzących działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

- 3) 12.000 euro w odniesieniu do osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełniają warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.
7. Kwoty, o których mowa w ust. 6, ustalane są przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
8. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt. 4, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi.

§ 65

1. Wnioskujący zobowiązany jest do zapoznania się z narzędziami informatycznymi określonymi przez Oddział Funduszu w regulaminie technicznym przygotowania wniosku.
2. Przygotowując wniosek wnioskujący zobowiązany jest w szczególności, do:
 - 1) pobrania materiałów niezbędnych do przygotowania wniosku i jego formy elektronicznej;
 - 2) zarejestrowania profilu świadczeniodawcy z użyciem portalu NFZ – jeśli regulamin techniczny przygotowania wniosku to przewiduje;
 - 3) przygotowania wniosku i jego formy elektronicznej;
 - 4) zapisania elektronicznej formy wniosku na nośniku elektronicznym oraz umieszczenia na nośniku opisu zawierającego:
 - a) wyraz: „wniosek”,
 - b) nazwę i adres wnioskującego,
 - c) wskazanie zakresu świadczeń POZ,
 - 5) opatrzenia wniosku, podpisami osób uprawnionych do reprezentowania wnioskującego;
 - 6) umieszczenia podpisanego wydruku wniosku oraz nośnika elektronicznego, w odrębnej zaklejonej kopercie;

- 7) umieszczenia koperty, o której mowa w pkt. 6 (zawierającej wydruk wniosku oraz nośnik) wewnątrz koperty lub paczki zawierającej pozostałe dokumenty określone w § 64;
- 8) umieszczenia na kopercie lub paczce, o której mowa w pkt. 7, wydruku komputerowego pod nazwą „Oznaczenie wniosku”, którego wzór stanowi załącznik nr 25 do zarządzenia.

§ 66

1. Wniosek należy sporządzić, pod rygorem nieważności, w sposób czytelny w języku polskim.
2. Do wszystkich dokumentów składanych w językach obcych należy dostarczyć tłumaczenie na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Wniosek powinien zawierać wszelkie wymagane przez Fundusz dokumenty i oświadczenia.
4. Każda strona wniosku powinna być podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu wnioskującego oraz opatrzona numerem kolejnym.

§ 67

1. Wnioskujący może złożyć, w danym oddziale wojewódzkim Funduszu tylko jeden wniosek dotyczący danego zakresu świadczeń POZ.
2. Wnioskujący, którego jednostki organizacyjne są zlokalizowane na obszarze działania więcej niż jednego oddziału wojewódzkiego Funduszu, może złożyć więcej niż jeden wniosek na dany zakres świadczeń POZ. Wnioski składa się w takim przypadku w oddziale wojewódzkim Funduszu właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń.
3. Wnioskujący spełniający wymogi świadczeniodawcy dla wielu zakresów świadczeń POZ może złożyć kilka wniosków dotyczących różnych zakresów świadczeń POZ określonych w zarządzeniu.

§ 68

W przypadku, osobistego złożenia wniosku, wnioskujący otrzymuje potwierdzenie jego złożenia, zawierające datę złożenia oraz numer z rejestru wniosków, którego wzór stanowi załącznik nr 26 do zarządzenia.

§ 69

1. W przypadku wezwania wnioskującego do usunięcia braków wniosku wykonuje on wskazane czynności w terminie określonym w wezwaniu.
2. Jeżeli wnioskujący wykonuje wezwanie oddziału wojewódzkiego Funduszu do uzupełnienia braków wskazane w ust. 1 drogą pocztową, uważa się, że termin został zachowany, jeżeli data stempla pocztowego (data nadania) nie jest późniejsza niż termin określony w wezwaniu do usunięcia braków.
3. Kopertę lub paczkę zawierającą dokumenty lub oświadczenia stanowiące uzupełnienie braków, o których mowa u ust.1 oznacza się tak samo, jak składany wniosek oraz dodatkowo umieszcza się dopisek „Usunięcie braków wniosku”.

§ 70

1. Rozpatrzenie wniosku złożonego przez podmiot, który dotychczas nie realizował umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, a także w stosunku do dotychczasowych świadczeniodawców, w przypadkach wątpliwych wymagających zweryfikowania Fundusz zastrzega sobie prawo przeprowadzenia u wnioskującego wizytacji.
2. Wizytację, o której mowa w ust. 1 przeprowadzają, po uprzednim powiadomieniu wnioskującego, upoważnieni członkowie, powołanej przez dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu, komisji rozpatrującej wnioski, w obecności osoby upoważnionej przez wnioskującego.
3. Wizytacja dokumentowana jest protokołem sporządzonym przez osoby przeprowadzające wizytację, potwierdzonym przez wnioskującego.

§ 71

Przy jednoczesnym rozpatrywaniu wniosków złożonych przez różnych świadczeniodawców POZ realizujących umowy w zakresach podstawowych POZ, dotyczących zawarcia lub przedłużenia na kolejne okresy umów o udzielanie świadczeń w zakresach szczegółowych:

- 1) nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej lub nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarskiej,
 - 2) nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ,
- które dotyczą tej samej populacji, z uwagi na kompleksowość realizowanego

świadczenia Fundusz zastrzega sobie prawo pozytywnej oceny wniosku o zawarcie umowy, o którym mowa w pkt 2.

§ 72

Po rozpatrzeniu wniosku i dokonaniu oceny spełniania przez wnioskującego warunków zawarcia umowy oddział wojewódzki Funduszu:

- 1) w przypadku pozytywnej oceny - przesyła wnioskującemu do podpisania umowę, wskazując termin jej podpisania;
- 2) w przypadku negatywnej oceny – przesyła wnioskującemu w formie pisemnej swoje rozstrzygnięcie z podaniem przyczyn odmowy zawarcia umowy.

§ 72 a ⁽¹⁹⁾

Dyrektor oddziału wojewódzkiego może w sytuacji uzasadnionej koniecznością zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zawrzeć umowy w zakresach: nocnej i świątecznej ambulatoryjnej/wyjazdowej opieki lekarskiej i/lub pielęgniarskiej w POZ na warunkach uwzględniających odstępstwa od postanowień § 5 ust. 4 i wymogów dla populacji świadczeniobiorców objętych opieką określonych stosownie do zakresu w § 46 ust. 7 oraz § 51 ust. 7, albo zawrzeć umowy we wskazanym zakresie ze świadczeniodawcą POZ na zasadach określonych w rozdziale 10.

⁽¹⁹⁾ Dodany przez § 1 pkt 4 zarządzenia nr 1/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 stycznia 2008 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Rozdział 13
Postanowienia końcowe

§ 73

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu zaproponują świadczeniodawcom wprowadzenie zmian wynikających z niniejszego zarządzenia w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przed dniem wejścia w życie zarządzenia.

§ 74

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i ma zastosowanie do kontraktowania świadczeń na rok 2008 i lata następne.

Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Jacek Paszkiewicz

Wykaz załączników:

załącznik nr 1	Wartości stawek kapitacyjnych, porad, ryczałtów i punktu w POZ
załącznik nr 2	Wykaz badań diagnostycznych zlecanych i finansowanych przez lekarza POZ, niezbędnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej
załącznik nr 3	Informacje ogólne o programach profilaktycznych realizowanych przez lekarza poz i pielęgniarkę poz na podstawie umów zawartych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej
załącznik nr 4	„Karta badania profilaktycznego w Programie profilaktyki chorób układu krążenia”
załącznik nr 5	„Zmodyfikowany test oceny wielkości uzależnienia od nikotyny” w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)
załącznik nr 6	„Ankieta o stanie zdrowia świadczeniobiorcy Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)”
załącznik nr 7	„Karta badania lekarskiego w etapie podstawowym Programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)”
załącznik nr 8	„Indywidualna karta opieki pielęgniarskiej w POZ”
załącznik nr 9	Wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez pielęgniarkę poz lub położną poz
załącznik nr 10	„Informacja dla świadczeniobiorcy o dostępności, trybie kierowania oraz zasadach udzielania świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej”
załącznik nr 11	„Zgłoszenie do objęcia pielęgniarską opieką środowiskową”
załącznik nr 12	„Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel”
załącznik nr 13	„Indywidualny plan opieki w pielęgniarskiej opiece środowiskowej”
załącznik nr 14	„Katalog świadczeń pielęgniarskich w POZ”
załącznik nr 15	„Ankieta świadczeniobiorcy w Programie profilaktyki gruźlicy”

załącznik nr 16	Informacja o szczegółowym zakresie świadczeń (typach szkół i populacji uczniów) udzielanych przez pielęgniarkę szkolną
załącznik nr 17	Oświadczenie o objęciu opieką
załącznik nr 18	„Wniosek o zlecenie transportu sanitarnego w POZ (na odległość „tam i z powrotem” powyżej 120 km)”
załącznik nr 19	Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej (świadczenia podstawowe)
załącznik nr 20	Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej (świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ, świadczenia nocnej i świątecznej, ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w POZ oraz transportu sanitarnego w POZ)
załącznik nr 21	Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej
załącznik nr 22	Oświadczenie wnioskującego (składane w sytuacji opisanej w § 63 ust. 4 zarządzenia)
załącznik nr 23	Wykaz podwykonawców
załącznik nr 24	Oświadczenie wnioskującego (składane w sytuacji opisanej w § 64 ust. 2 zarządzenia)
załącznik nr 25	Oznaczenie wniosku
załącznik nr 26	Potwierdzenie złożenia wniosku