

Zarządzenie Nr 51/2008/DSOZ
Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 29 lipca 2008 r.

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

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

§ 1.

W zarządzeniu 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, (t.j. ogłoszony zarządzeniem nr 26/2008/DSOZ z dnia 9 maja 2008 r.) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w ust. 1 pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) **lista świadczeniobiorców** - imienny wykaz osób objętych opieką przez lekarza poz, pielęgniarkę poz lub położną poz, ustalany zgodnie z § 17 ust. 2 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”. Wykaz ten stanowi:

a) podstawę rozliczenia świadczeniodawcy przez właściwy wojewódzki oddział Funduszu oraz dokonania zapłaty z tytułu realizacji umowy według rocznej

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, z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433; Nr 82, poz. 559; Nr 115, poz. 793; Nr 133, poz. 922 i Nr 166, poz. 1172; Nr 171, poz. 1208; Nr 176, poz. 1243 i Nr 180, poz. 1280 oraz z 2008 r. Nr 52, poz. 305 i Nr 70, poz. 416.

stawki kapitałowej,

- b) element sprawozdawczości statystycznej niezbędny w procesie weryfikacji list świadczeniobiorców;”;

2) w § 4:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„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 pielęgniarstwa w POZ zgodnie z § 11 ust. 1 i 4 pkt 6 oraz ust. 5 Ogólnych warunków umów.”,

b) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Świadczeniodawca zobowiązuje się udzielać świadczeń:

1) ubezpieczonym, nieznajującym się na liście świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy;

2) osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, nieznajującym się na liście świadczeniobiorców danego świadczeniodawcy;

3) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy oraz osobom uprawnionym w związku z przepisami, o których mowa w art. 12 pkt 9 ustawy

- w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, w szczególności w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 5 – 7.”;

3) w § 5 ust. 6 i 6a otrzymują brzmienie:

„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 - nieznajującym się na listach świadczeniobiorców;

2) świadczeniobiorcom spoza terenu objętego właściwością oddziału wojewódzkiego Funduszu - nieznajującym się na listach świadczeniobiorców;

3) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni zgodnie z art. 2 ust 1 pkt. 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom legitymującym się posiadaniem „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne

- wypłaca oddział wojewódzki Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę.
- 6a. Należność za świadczenia, o których mowa w § 4 ust. 7, udzielone w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej - stosownie do zakresu umowy, przez lekarza i/lub pielęgniarkę:
- 1) świadczeniobiorcom spoza terenu objętego właściwością oddziału wojewódzkiego Funduszu - nieznajującym się na listach świadczeniobiorców;
 - 2) świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni zgodnie z art. 2 ust 1 pkt. 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom legitymującym się posiadaniem „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
- wypłaca oddział wojewódzki Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę.”;
- 4) w § 41 w ust. 2 w części dotyczącej tabeli w opisie *Typ szkoły* część I.1 otrzymuje brzmienie:
- „I.1 Szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum i/lub liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku”;
- 5) w § 64 ust. 6 otrzymuje brzmienie:
- „6. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia określa, z uwzględnieniem formy organizacyjno-prawnej świadczeniodawcy, rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10) z zastrzeżeniem ust. 6a i 6b.”;
- 6) w § 64 po ust. 6 dodaje się ust. 6a i 6b w brzmieniu:
- „6a. Rozporządzenie, o których mowa w ust. 6 stosuje się do umów ubezpieczenia OC zawartych od dnia jego wejścia w życie tj. od dnia 9 stycznia 2008 r.
- 6b. Jeżeli umowa ubezpieczenia OC, o której mowa w ust. 4, została zawarta przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, o którym mowa w ust. 6, na podstawie

rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz.1643), a okres, na jaki została zawarta, upływa po tym dniu, Świadczeniodawca zobowiązany jest do zawarcia nowej umowy ubezpieczenia OC, najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania umowy, nie później jednak niż w okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia, o którym mowa w ust. 6 i 6a.”;

- 7) załącznik nr 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 8) załącznik nr 4 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 9) w załączniku nr 14 do zarządzenia „*Katalog świadczeń pielęgniarskich w POZ*” część dotycząca pozycji 7.1 otrzymuje brzmienie:

”

L.p.	Opis świadczenia	Kod świadczenia	Wycena punktowa	Uwagi
7.1	Pomoc w zapewnieniu świadczeń opieki socjalnej, środków leczniczych i sprzętu niezbędnego do opieki i leczenia w domu	5.01.27.0700001	21	obejmuje współdziałanie z organizacjami i instytucjami w zakresie wsparcia osób i rodzin z problemami zdrowotnymi, poradnictwo w zakresie korzystania z systemu opieki zdrowotnej i socjalnej, współpracę z innymi członkami zespołu terapeutycznego. Udzielone świadczenie możliwe do rozliczenia 1 raz w miesięcznym okresie rozliczeniowym.

”

- 10) w załączniku nr 19 do zarządzenia:

- a) § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.) i postanowieniami „Warunków zawarcia umów”.

b) w § 4 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania zasad postępowania i współpracy lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych przepisami § 12 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

c) w § 8 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Raport, o którym mowa w ust.1 zawiera następujące dane:

1) dla zakresu: świadczenia lekarza poz:

- a) informację o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym,
- b) PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo nr PESEL opiekuna prawnego dla dziecka, któremu nr PESEL nie został nadany, albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
- c) imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
- d) datę udzielenia świadczenia,
- e) kod udzielonego świadczenia zgodnie z określoną dla świadczeń lekarza poz treścią załącznika nr 5 do niniejszej umowy,
- f) rozpoznanie wraz z kodem jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10, jeśli jest wymagane,
- g) dla porad udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych określonych umową, także informację o wyniku udzielonej porady,
- h) dane identyfikacyjne świadczeniodawcy i osoby udzielającej świadczeń,
- i) informację o liczbie wykonanych w okresie sprawozdawczym następujących świadczeń:
 - patronaży do 6 tygodnia życia,
 - bilansów zdrowia według grup wiekowych,
 - obowiązkowych szczepień ochronnych;

2) dla zakresu: świadczenia pielęgniarki poz – zadaniowa metoda finansowania:

- a) informację o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym,
 - b) PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo nr PESEL opiekuna prawnego dla dziecka, któremu nr PESEL nie został nadany, albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - c) imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
 - d) datę zgłoszenia/objęcia pacjenta świadczeniami „pielęgniarskiej opieki środowiskowej” jeśli miało miejsce,
 - e) datę dokonania ostatniej kwalifikacji do objęcia pacjenta „pielęgniarską opieką środowiskową”,
 - f) uzyskaną ocenę, według zmodyfikowanej skali Barthel, przy kwalifikacji do objęcia pacjenta „pielęgniarską opieką środowiskową”,
 - g) datę udzielenia świadczenia,
 - h) kod udzielonego świadczenia zgodnie z określoną dla świadczeń pielęgniarstwa poz treścią załącznika nr 5 do niniejszej umowy oraz „Katalogiem świadczeń pielęgniarstwa poz” określonym załącznikiem nr 14 do „Warunków zawarcia umów”,
 - i) dla świadczeń udzielanych: osobom spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałym poza terenem właściwości oddziału wojewódzkiego lub zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ, osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, osobom innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP, także rozpoznanie lekarskie wraz z kodem jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10,
 - j) dla świadczeń profilaktycznych programu profilaktyki gruźlicy także informację o wyniku zrealizowanego świadczenia,
 - k) dane identyfikacyjne świadczeniodawcy i osoby udzielającej świadczeń;
- 2a) dla zakresu: świadczenia pielęgniarstwa poz – kapitacyjna metoda finansowania:

- a) informację o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym,
 - b) informacje o udzielonych świadczeniach zgodnie z treścią załącznika nr 5 do niniejszej umowy, w części dotyczącej pielęgniarki poz – kapitacyjna metoda finansowania,
 - c) dla świadczeń udzielanych: osobom spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałym poza terenem właściwości oddziału wojewódzkiego lub zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ, osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, osobom innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP:
 - PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo nr PESEL opiekuna prawnego dla dziecka, któremu nr PESEL nie został nadany, albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
 - datę udzielenia świadczenia,
 - rozpoznanie lekarskie wraz z kodem jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10,
 - d) dla świadczeń profilaktycznych programu profilaktyki gruźlicy:
 - PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo nr PESEL opiekuna prawnego dla dziecka, któremu nr PESEL nie został nadany, albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
 - datę udzielenia świadczenia,
 - informację o wyniku zrealizowanego świadczenia,
 - e) dane identyfikacyjne świadczeniodawcy;
- 3) dla zakresu: świadczenia położnej poz:

- a) informację o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym,
 - b) informacje o udzielonych świadczeniach zgodnie z treścią załącznika nr 5 do niniejszej umowy, w części dotyczącej położnej poz,
 - c) dla świadczeń udzielanych: osobom spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałym poza terenem właściwości oddziału wojewódzkiego lub zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy POZ, osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, osobom innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem do pracy na terytorium RP:
 - PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo nr PESEL opiekuna prawnego dla dziecka, któremu nr PESEL nie został nadany, albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
 - datę udzielenia świadczenia,
 - rozpoznanie lekarskie wraz z kodem jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10,
 - d) dane identyfikacyjne świadczeniodawcy;
- 4) dla zakresu: świadczenia pielęgniarki szkolnej:
- a) dane identyfikacyjne świadczeniodawcy,
 - b) informację o liczbie uczniów objętych opieką w danym okresie sprawozdawczym,
 - c) informację o liczbie udzielonych świadczeń zgodnie z treścią załącznika nr 5 do niniejszej umowy, w części dotyczącej pielęgniarki szkolnej.”,
- d) § 9 otrzymuje brzmienie:
- „§ 9.1. Raporty w wersji elektronicznej z wykonania świadczeń w POZ za poprzedni okres sprawozdawczy określone w § 8, zgodnie z okodowaniem i wg formatu określonego załącznikiem nr 5 do umowy, świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu do 10 dnia każdego miesiąca.

2. Dla świadczeń rozliczanych poza roczną stawką kapitacyjną, wg przyjętych umowa cen jednostkowych, tj.:

1) dla porad lekarskich udzielanych:

- a) w ramach realizacji programów profilaktycznych,
- b) osobom spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałym na terenie innego województwa oraz zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza terenem gminy własnej świadczeniodawcy i sąsiadujących z nią,
- c) osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji,
- d) osobom innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP;

2) dla świadczeń pielęgniarstwa poz rozliczanych, zgodnie z dokonaniem przez świadczeniodawcę wyborem tej metody finansowania, wg katalogu świadczeń pielęgniarstwa poz;

3) dla świadczeń pielęgniarstwa poz udzielanych:

- a) w ramach realizacji programów profilaktycznych,
- b) osobom spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałym na terenie innego województwa oraz zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza terenem gminy własnej świadczeniodawcy i sąsiadujących z nią,
- c) osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji,
- d) osobom innym niż ubezpieczone, uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP;

4) dla świadczeń położnej poz udzielanych:

- a) osobom spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałym na terenie innego województwa oraz zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza terenem gminy własnej świadczeniodawcy i sąsiadujących z nią,
- b) osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji,

- c) osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP
- przekazane raporty statystyczne stanowią podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy.”,
- e) w § 14 ust. 4 otrzymuje brzmienie:
- „4. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.”,
- f) § 18 otrzymuje brzmienie:
- „ § 18. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów.”,
- g) załącznik nr 4 do umowy POZ, stanowiącej załącznik Nr 19 do zarządzenia, otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia,
- h) załącznik nr 5 do umowy POZ, stanowiącej załącznik Nr 19 do zarządzenia, otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia,
- i) załącznik nr 8 do umowy POZ, stanowiącej załącznik Nr 19 do zarządzenia przestaje obowiązywać;
- 11) w załączniku nr 20 do zarządzenia:
- a) w § 4 ust. 5 otrzymuje brzmienie:
- „5. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania zasad postępowania i współpracy lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych przepisami § 12 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”.”,
- b) § 5 otrzymuje brzmienie:
- „§ 5. Świadczeniodawca jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2

ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.) i postanowieniami „Warunków zawarcia umów”.

c) w § 6:

- ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Świadczeniodawca, który zawarł umowę u udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ przedstawia Oddziałowi Funduszu comiesięcznie, wraz z fakturą (rachunkiem) aktualny wykaz świadczeniodawców, z którymi zawarł porozumienie, o którym mowa w ust. 1, w terminie przewidzianym w § 23 ust. 3 Ogólnych warunków umów. Wzór wykazu stanowi załącznik nr 4 do umowy.”

- ust. 4 otrzymuje brzmienie:

4. Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń w zakresach wyszczególnionych w ust. 3 przedstawia Oddziałowi Funduszu comiesięcznie, wraz z fakturą (rachunkiem) aktualny wykaz świadczeniodawców, od których uzyskał oświadczenia o objęciu opieką, zawierający numery umów o udzielanie świadczeń POZ zawartych przez nich z Funduszem, w terminie przewidzianym w § 23 ust. 3 Ogólnych warunków umów. Wzór wykazu stanowi załącznik nr 5 do umowy.”

d) w § 7 w ust. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„3. Raport, o którym mowa w ust.1 zawiera następujące dane:

- 1) dla zakresu świadczeń: nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska w POZ, zgodnie z przedmiotem umowy:
 - a) dane identyfikacyjne świadczeniodawcy,
 - b) liczba świadczeniobiorców objętych opieką w okresie sprawozdawczym,
 - c) liczba udzielonych świadczeń, zgodnie z załącznikiem nr 6 do umowy,
 - d) informacje o poradach lekarskich i świadczeniach pielęgniarskich udzielonych odpowiednio przez lekarza lub pielęgniarkę osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, osobom innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z art. 2 ust 1 pkt. 2 i art. 54 oraz art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka”, obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem do pracy na terytorium RP oraz ubezpieczonym spoza listy

świadczeniobiorców zamieszkałym poza terenem właściwości oddziału wojewódzkiego Funduszu:

- PESEL osoby, której udzielono świadczenia albo nr PESEL opiekuna prawnego dla dziecka, któremu nr PESEL nie został nadany, albo – w tym, w przypadku innych osób nie posiadających nadanego numeru PESEL – nr dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej,
- imię i nazwisko osoby, której udzielono świadczenia,
- datę udzielenia świadczenia,
- rozpoznanie lekarskie wraz z kodem jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10;”

e) w § 8 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Dla świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej udzielonych, odpowiednio do przedmiotu umowy, osobom spoza listy świadczeniobiorców zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 1 lit. f-i oraz dla świadczeń transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ realizowanych na podstawie decyzji wydanej przez dyrektora Oddziału Funduszu, rozliczanych wg przyjętych umową cen jednostkowych, to jest:

- 1) porad lekarskich udzielanych w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, osobom innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka”, obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP oraz ubezpieczonym spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałym poza terenem właściwości oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 2) świadczeń pielęgniarskich udzielanych w stanach nagłych zachorowań osobom spoza listy świadczeniobiorców uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, osobom innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 , osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka”, obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP oraz ubezpieczonym spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałym poza terenem właściwości oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 3) przewozów na odległość „tam i z powrotem” od 121 km do 400 km;
 - 4) przewozów na odległość „tam i z powrotem” wynoszącą powyżej 400 km
- przekazane raporty statystyczne stanowią podstawę do finansowania świadczeń za

dany okres sprawozdawczy, z zastrzeżeniem ust. 3.”,

f) w § 13 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.”,

g) § 16 otrzymuje brzmienie:

„§16. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów.”,

h) załącznik nr 6 do umowy POZ, stanowiącej załącznik Nr 20 do zarządzenia, otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia,

i) załącznik nr 8 do umowy POZ, stanowiącej załącznik Nr 20 do zarządzenia przestaje obowiązywać.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z wyjątkiem § 1 pkt 7, który wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 lipca 2008 r.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia
Jacek Paszkiewicz**