

ZARZĄDZENIE NR 69/2016/DSM
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 30 czerwca 2016 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umowy w rodzaju
leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym
oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

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

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 3) **rejestr** - rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.²⁾);
- 4) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65 i 652.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 905, 1640, 1697, 1844, 1887, 1918 i 1991.

publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

- 5) **rozporządzenie** - rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 6) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach;
- 7) **świadczenie w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR)** – świadczenie opieki zdrowotnej polegające na szpitalnej wstępnej diagnostyce oraz leczeniu w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 8) **świadczenie w szpitalnej izbie przyjęć (IP)** – świadczenie opieki zdrowotnej - ambulatoryjnej pomocy doraźnej udzielone w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, które nie zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce;
- 9) **zakres świadczeń** - zakres, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

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

Rozdział 2

Przedmiot postępowania

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

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) – (Dz. Urz. W. L 340 z 16.12.2002 r., str. 1 i n., Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 5, str. 3, z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem postępowania w celu zawarcia umowy objęty jest następujący kod:

– 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne.

3. Świadczenia w szpitalnej izbie przyjęć (IP) oraz szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) stanowią odrębne zakresy świadczeń - w przypadku, gdy świadczeniodawca w ramach IP zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia, natomiast w przypadku SOR wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, niezależną od całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zapewnianej w innych komórkach organizacyjnych.

4. Zakresy świadczeń w SOR i IP u tego samego świadczeniodawcy w tej samej lokalizacji są kontraktowane alternatywnie.

5. W SOR świadczeniodawca zapewnia realizację procedur medycznych objętych programem specjalizacji w medycynie ratunkowej, w szczególności procedur medycznych wymienionych w załączniku nr 5 oraz badań laboratoryjnych wymienionych w **załączniku 4** do zarządzenia.

6. Fundusz zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, są określone w rejestrze, w części VIII systemu kodu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach, określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

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

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

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

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

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

§ 6. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach, wskazanych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, mogą być wykonywane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

2. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu.

4. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy dotyczącej udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

5. Funduszu obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

6. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 9. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo – finansowym, którego wzór stanowi **załącznik nr 1** do umowy.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem umowy finansowane są na podstawie ryczału dobowego, określonego dla zakresu świadczeń, zgodnego z **załącznikiem nr 1** do zarządzenia.

4. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących, według ICD-10;
- 2) istotnych procedur medycznych łącznie z datą ich wykonania według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

5. Dane, o których mowa w ust. 4, winny być zgodne z danymi zawartymi w prowadzonej dokumentacji medycznej.

6. Świadczeniodawca gromadzi i przekazuje Funduszowi dane o świadczeniach udzielonych poszczególnym osobom, w zakresie i na zasadach określonych w przepisach odrębnych, w zarządzeniach wydanych przez Prezesa Funduszu na podstawie tych przepisów oraz w umowie.

7. Dane o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych poszczególnym osobom Świadczeniodawca obowiązany jest przekazać zgodnie z zakresami świadczeń i kodami świadczeń, określonymi w planie rzeczowo – finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

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

2. Sprawozdanie wykonania procedury z kategorii wyższej uwarunkowane jest koniecznością wykazania wykonania procedur z każdej z kategorii niższych, z zastrzeżeniem wskazanym w ust. 3.

3. W sytuacji udzielania świadczeń w SOR sprawozdanie procedur z kategorii V lub VI uwarunkowane jest wykazaniem wykonania przynajmniej jednej procedury z danej kategorii oraz minimum trzech procedur z różnych kategorii z przedziału I-IV.

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

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

$$R = S + R_s + R_f$$

gdzie:

S - stawka bazowa,

R_s - składowa ryczału za strukturę,

R_f - składowa ryczału za funkcję.

3. Stawka bazowa określana jest przez dyrektora Oddziału Funduszu w oparciu o minimalne wymagania w zakresie wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych, wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2015 r. poz. 178).

4. W przypadku świadczeniodawców posiadających w strukturze centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci stawka bazowa korygowana jest o współczynnik 1,1.

5. Składowa ryczału za strukturę stanowi iloczyn dobowej wartości stawki bazowej dla SOR i wskaźnika (%) spełnionych dodatkowych warunków (organizacyjnych i kadrowych), określonych na podstawie ankiety, której wzór stanowi **załącznik nr 6** do zarządzenia.

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

$$R_f = \frac{a}{l_d} \times \sum_{i=1}^6 P_i \times W_i$$

gdzie:

a – stawka za punkt (w SOR przyjmuje się wartość 1 punkt – 52 zł),

I_d – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji (wskazany jest przyjęcie do kalkulacji okresu zawierającego dane sprawozdawcze z pełnych 12 miesięcy, a w przypadku ich braku, do obliczeń przyjmuje się dane sprawozdawcze z minimum 3 kolejnych miesięcy),

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

- a) pacjentów zakwalifikowanych do kategorii V i VI przyjętych w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego,
- b) pacjentów, dla których świadczenie w SOR nie zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce,

W_i – waga odpowiedniej kategorii, określona w poniższej tabeli:

Kategorie stanu zdrowia pacjenta w SOR

Kategoria	Zakres świadczeń udzielanych pacjentom	Waga
I	Ocena stanu pacjenta (triage), podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet podstawowy, EKG), porada lekarska, opieka pielęgniarska, farmakoterapia	1,5
II	Rozszerzona diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet dodatkowy, RTG przeglądowe, USG), konsultacja, małe zabiegi	4
III	Rozszerzona diagnostyka obrazowa, monitorowanie podstawowych czynności życiowych, farmakoterapia (dożylna, doszpikowa), mały zabieg operacyjny w trybie ambulatoryjnym, badanie inwazyjne (nakłucie lędźwiowe, nakłucie jam ciała), inne badania dodatkowe	5,5
IV	Czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka, prowadzenie infuzji dożylnych, endoskopia, resuscytacja (ALS z użyciem urządzeń mechanicznych)	8
V	Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR – monitorowanie funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka obrazowa (angiotomografia, trauma scan, TK w znieczuleniu ogólnym u dzieci)	12
VI	Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT – monitorowanie funkcji życiowych pacjenta wg karty wzmożonego nadzoru - stanowiącej odpowiednio załącznik nr 8 i 9 do zarządzenia, monitoring, sztuczna wentylacja, farmakoterapia, dalsza diagnostyka, damage control	14

7. Kalkulacji ceny jednostki rozliczeniowej w IP dokonuje się z uwzględnieniem liczby pacjentów i rodzaju zrealizowanych procedur medycznych oraz procentowego udziału pacjentów przyjętych w trybie nagłym przewiezionych przez zespół ratownictwa medycznego i hospitalizowanych na oddziałach pierwszego wyboru wykazanych jako jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

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

$$R = S + W_d + R_f$$

gdzie:

S – stawka bazowa,

W_d – wskaźnik dostępu,

R_f - składowa ryczału za funkcję.

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

10. Wskaźnik dostępu (W_d) stanowi iloczyn stawki bazowej i udziału procentowego łącznej liczby pacjentów przyjętych w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego i hospitalizowanych na oddziałach pierwszego wyboru wymienionych w wykazie opublikowanym na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2015 r. w sprawie ustalenia wykazu oddziałów szpitalnych pierwszego wyboru dla potrzeb realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wskazanych jako jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.³⁾), w łącznej liczbie pacjentów hospitalizowanych na tych oddziałach. Wskazany jest przyjęcie do kalkulacji okresu zbieżnego z okresem przyjętym do wyliczenia składowej ryczału za funkcję (I_d).

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2013 r. poz. 1245 i 1635 oraz z 2014 r. poz.1802.

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

$$R_f = \frac{a}{l_d} \times \sum_{i=1}^4 P_i \times W_i$$

gdzie:

a – stawka za punkt (w IP przyjmuje się wartość: 1 punkt = 35 zł),

l_d – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji (wskazany jest przyjęcie do kalkulacji okresu zawierającego dane sprawozdawcze z pełnych 12 miesięcy, a w przypadku ich braku, do obliczeń przyjmuje się dane sprawozdawcze z minimum 3 kolejnych miesięcy),

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

W_i – waga odpowiedniej kategorii, określona w poniższej tabeli:

Kategorie stanu zdrowia pacjenta w IP

Kategoria	Zakres świadczeń udzielanych pacjentom	Waga
I	Porada lekarska, opieka pielęgniarska, wstępna ocena stanu zdrowia pacjenta	1,5
II	Podstawowa diagnostyka (RTG, USG, badania laboratoryjne), konsultacja specjalistyczna, małe zabiegi, monitorowanie podstawowych czynności życiowych	3,5
III	Rozszerzona diagnostyka (TK, USG – doppler), czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, resuscytacja	6,5
IV	Procedury wykonywane podczas konsultacji specjalistycznych	8,5

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

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

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

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

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

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

Rozdział 4

Postanowienia końcowe

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

§ 13. Do oświadczeń przekazywanych przez świadczeniodawców na podstawie § 4 ust. 3 umów, o których mowa w § 12, stosuje się przepisy zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ Prezesa NFZ, z dnia 16 października 2015 r. zmieniającego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określające warunki

zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, w związku z wejściem w życie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków umów.

§ 14. Zarządzenie stosuje się do:

- 1) postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanych zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach;
- 2) ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowania oraz określenia szczegółowych warunków w umowach, zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach.

§ 15. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2016 r.⁴⁾

**p.o. PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZ ZDROWIA
Zastępca Prezesa ds. Medycznych
Andrzej Jacyna**

⁴⁾ Niniejsze zarządzenie było poprzedzone zarządzeniem Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, które utraciło moc obowiązującą z dniem wejścia w życie art. 1 pkt 53 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198).