**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 poźn. zm.[[1]](#footnote-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]](#footnote-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 publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z poźn. 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.
8. 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.

1. 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.
2. Zakresy świadczeń w SOR i IP u tego samego świadczeniodawcy w tej samej lokalizacji są kontraktowane alternatywnie.
3. 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.
4. 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.

1. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu.
3. 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.
4. 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.
5. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**R = S + Rs + Rf**

gdzie:

S - stawka bazowa,

Rs - składowa ryczałtu za strukturę,

Rf- składowa ryczałtu za funkcję.

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



gdzie:

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

ld – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji (wskazanym 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),

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

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

Wi – waga odpowiedniej kategorii, określona w poniższej tabeli:

**Kategorie stanu zdrowia pacjenta w SOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategoria** | **Zakres świadczeń udzielanych pacjentom** | **Waga** |
| **I** | Ocena stanu pacjenta (triage), podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet podstawowy, EKG), porada lekarska, opieka pielęgniarska, farmakoterapia | 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 ryczałtu dobowego (R), którego wysokość stanowi suma trzech składowych zgodnie ze wzorem:

**R = S + Wd + Rf**

gdzie:

S – stawka bazowa,

Wd – wskaźnik dostępu,

Rf - składowa ryczałtu za funkcję.

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

10. Wskaźnik dostępu (Wd) stanowi iloczyn stawki bazowej i udziału procentowego łącznej liczby pacjentów przyjętych w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego i hospitalizowanych na oddziałach 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]](#footnote-3))), w łącznej liczbie pacjentów hospitalizowanych na tych oddziałach. Wskazanym jest przyjęcie do kalkulacji okresu zbieżnego z okresem przyjętym do wyliczenia składowej ryczałtu za funkcję (ld).

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



gdzie:

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

ld – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji (wskazanym 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),

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

Wi – waga odpowiedniej kategorii, określona w poniższej tabeli:

**Kategorie stanu zdrowia pacjenta w IP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategoria** | **Zakres świadczeń udzielanych pacjentom** | **Waga** |
| I | Porada lekarska, opieka pielęgniarska, wstępna ocena stanu zdrowia pacjenta | 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 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 2016r.[[4]](#footnote-4))

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

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. )  Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 905, 1640, 1697, 1844, 1887, 1918 i 1991. [↑](#footnote-ref-2)
3. ) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2013 r. poz. 1245 i 1635 oraz z 2014 r. poz.1802. [↑](#footnote-ref-3)
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). [↑](#footnote-ref-4)