

ZARZĄDZENIE Nr 55/DSM/2013

PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 1 października 2013 r.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje.

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe zwanych dalej „umowami”, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) Fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) lokalizacja – budynek lub zespół budynków, oznaczonych tym samym adresem, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych;
- 3) miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie lub organizacyjnie, w celu wykonania świadczeń gwarantowanych;
- 4) naturalne surowce lecznicze – gazy lecznicze oraz kopaliny lecznicze, w tym wody lecznicze i peloidy, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone w decyzjach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 i art. 19 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2012 r., poz. 651 i 742);
- 5) ogólne warunki umów – warunki umów określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278, Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 125, poz. 842, Nr 107, poz. 679, Nr 165, poz. 1116, Nr 127, poz. 857, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578, Nr 257, poz. 1723, Nr 182, poz. 1228, Nr 257, poz. 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154, 879 i 983.

- 6) osobodzień – jednostkowa miara służąca do rozliczania świadczeń gwarantowanych określana jako dzień pobytu na leczeniu uzdrowiskowym w warunkach stacjonarnych, bądź jeden dzień zabiegowy w warunkach ambulatoryjnych. Pierwszy i ostatni osobodzień w warunkach stacjonarnych liczone są jako jedna jednostka rozliczeniowa;
 - 7) podwykonawca – podmiot wykonujący część umowy świadczeniodawcy, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności;
 - 8) przepustka – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem lecznictwa uzdrowiskowego, bez potrzeby wypisywania z tego zakładu;
 - 9) rachunek – faktura w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054, z późn. zm.²⁾) lub rachunek w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2012 r. poz. 749, z późn. zm.³⁾);
 - 10) rozporządzenie Ministra Zdrowia – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2013, poz. 931) zwane dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia”;
 - 11) świadczenia – świadczenia gwarantowane wymienione w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia, dla których w umowie określa się kwotę finansowania;
 - 12) turnus leczniczy – czas trwania leczenia uzdrowiskowego, określony w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia;
 - 13) ustawa o świadczeniach – ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 14) zabieg – procedura medyczna według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD – 9 PL).
2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. Przedmiotem postępowania jest wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą udzielać świadczeń w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

§ 4. 1. Przedmiotem umowy, o której mowa w § 1, jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz oraz zasady ich rozliczania.

2. Wzór umowy o udzielanie świadczeń stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.

3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 64, poz. 332, Nr 134, poz. 780, z 2012 r. poz. 1342, 1448, 1529 i 1530 oraz z 2013 r. poz. 35.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 848, 1101, 1342 i 1529.

§ 5. 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 16.12.2002r., str. 1 i n., Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 5, str. 3, z późn. zm.⁴⁾) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiot umów obejmuje następujące nazwy i kody:

- 1) 85111400 – 4 – usługi szpitalne rehabilitacyjne;
- 2) 85312500 – 4 – usługi rehabilitacyjne;
- 3) 85143000 – 3 – usługi ambulatoryjne;
- 4) 85144000 – 0 – usługi zakładów opieki zdrowotnej zapewniających zakwaterowanie.

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz warunki dodatkowo oceniane dla świadczeniodawców

§ 6. 1. Umowę o udzielanie świadczeń zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.

2. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 1, jest obowiązany spełniać warunki określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w ogólnych warunkach umów oraz w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia.

3. Jeżeli na podstawie umowy, o której mowa w § 1, świadczeniodawca udziela świadczeń w różnych miejscach udzielania świadczeń, każde z nich powinno spełniać warunki, o których mowa w ust. 2.

4. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu obowiązany jest do prowadzenia procesu leczenia uzdrowiskowego w oparciu o naturalne surowce lecznicze wydobywane z obszaru, dla którego sporządzono operat uzdrowiskowy gminy, w której świadczeniodawca udziela świadczeń lub przy użyciu naturalnych surowców leczniczych pochodzących z terenu innych uzdrowisk, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone w decyzjach Ministra Zdrowia, wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 i art. 19 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.

5. Świadczeniodawca realizuje świadczenia przy pomocy personelu określonego w **załączniku nr 2 do umowy**.

6. Wszelkie zmiany personelu, o którym mowa w ust. 5, w okresie obowiązywania umowy wymagają akceptacji dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

⁴⁾ Wymienione rozporządzenie zostało zmienione: rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. W. L 329 z 17.12.2003 r., str. 1–270), rozporządzeniem Komisji (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) oraz dyrektywy 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące procedur udzielania zamówień publicznych w zakresie zmiany CPV (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. U. L 74 z 15.3.2008, str. 1–375) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 596/2009 z dnia 18 czerwca 2009 r. dostosowującym do decyzji Rady 1999/468/WE niektóre akty podlegające procedurze, o której mowa w art. 251 Traktatu, w zakresie procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Dostosowanie do procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Część czwarta (Dz.U. L 188 z 18.7.2009, str. 14–92).

7. W przypadku nieobecności osób wchodzących w skład personelu realizującego świadczenia, zgodnie z umową zawartą z Funduszem, świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorców oraz właściwego dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o sposobie zorganizowania opieki w zastępstwie, w miejscu udzielania świadczeń.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń

§ 7. 1. Świadczenia mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3 do umowy**.

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.

3. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu informuje świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

4. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3 do umowy** lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany i wprowadzenia tej zmiany do umowy.

§ 8. 1. Świadczenia, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1- 5 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia udzielane są w następujących kierunkach leczniczych: choroby ortopedyczno–urazowe (ortopedia), choroby układu nerwowego (neurologia), choroby reumatologiczne (reumatologia), choroby kardiologiczne i nadciśnienie (kardiologia), choroby naczyń obwodowych, choroby górnych dróg oddechowych (laryngologia), choroby dolnych dróg oddechowych (pulmonologia), choroby układu trawienia (gastroenterologia, hepatologia), cukrzyca (diabetologia), otyłość, choroby endokrynologiczne, osteoporoza, choroby skóry (dermatologia), choroby kobiece (ginekologia), choroby nerek i dróg moczowych (nefrologia i urologia), choroby krwi i układu krwiotwórczego (hematologia), choroby oka i przydatków oka (choroby okulistyczne), w zależności od kierunku leczniczego uzdrowiska.

2. Świadczenia, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia (uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym), udzielane są w następujących kierunkach leczniczych: choroby ortopedyczno–urazowe (ortopedia), choroby układu nerwowego (neurologia), choroby reumatologiczne (reumatologia), choroby kardiologiczne i nadciśnienie (kardiologia).

3. Świadczenia, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia (uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym), udzielane są

w następujących kierunkach leczniczych: choroby ortopedyczno–urazowe (ortopedia), choroby reumatologiczne (reumatologia), choroby układu krążenia (kardiologia), choroby dolnych dróg oddechowych (pulmonologia).

4. W przypadku dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, ewentualnie schorzeniami neurologicznymi o zbliżonym obrazie klinicznym (podstawą wystawienia skierowania na leczenie uzdrowskie jest jednostka chorobowa według międzynarodowej klasyfikacji ICD 10: G80, G81, G82, G83), Fundusz finansuje świadczenia, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia, dzieciom do lat 18.

§ 9. Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1- 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia, udzielane są w czasie pobytu świadczeniobiorcy na turnusie leczniczym, którego szczegółowy harmonogram określa **załącznik nr 2 do umowy**.

§ 10. 1. W przypadku niestawienia się świadczeniobiorcy na leczenie uzdrowskie w terminie lub w przypadku braku wskazań do ustalenia programu leczenia balneologicznego, przerwania z uzasadnionych przyczyn ustalonego programu leczenia balneologicznego, samowolnego przerwania leczenia albo wydalenia świadczeniobiorcy z turnusu, świadczeniodawca obowiązany jest poinformować o zaistnieniu tych okoliczności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, który potwierdził skierowanie.

2. Informację, o której mowa w ust. 1, świadczeniodawca obowiązany jest dołączyć w formie pisemnej do raportu statystycznego i rachunku oraz przesłać za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

3. Dopuszcza się możliwość wykorzystania w terminach późniejszych świadczeń niezrealizowanych, wymienionych w ust. 1 przez wskazanie przez świadczeniodawcę liczby miejsc oraz terminu rozpoczęcia leczenia, w formie określonej przez Fundusz.

4. Zaistnienie okoliczności, o których mowa w ust. 3, nie skutkuje koniecznością zmiany umowy.

5. Zgodę na przedłużenie leczenia uzdrowskiego, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, wydaje się na kolejny turnus.

6. Świadczeniodawca nie jest obowiązany do pokrywania kosztów świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom przebywającym na leczeniu uzdrowskim, jeżeli świadczenia te nie są objęte przedmiotem umowy zawartej z Funduszem w rodzaju lecnictwo uzdrowskie.

7. Udzielając świadczeń, o których mowa w zarządzeniu, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

8. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 7, 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.

9. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 8, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wnioski, w terminie:

- 1) 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; albo
- 2) 14 dni roboczych od dnia wejścia w życie niniejszego zarządzenia - w przypadku świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

10. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 8, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, dyrektor oddziału Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 5 ust. 4 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – lecznictwo uzdrowiskowe.

Rozdział 5

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 11. 1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.

2. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku.

3. Jednostką rozliczeniową jest osobodzień.

4. Świadczenia rozliczane są przez zapłatę za osobodzień.

5. Dla świadczeń wykonanych, dla których okresem sprawozdawczym jest turnus, pierwszy i ostatni dzień pobytu na turnusie rozliczany jest jako jeden osobodzień.

6. Rozliczeniu podlega osobodzień obejmujący wykonanie liczby zabiegów, określonej w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia, w tym zabiegów z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, określonych w **załączniku nr 5 do zarządzenia**.

7. Procedury medyczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD – 9 PL) podlegające rozliczeniu, o których mowa w ust. 6, zawierają się w kodach 93.1 – 93.3, z wyłączeniem procedur o kodach 93.23 i 93.37.

8. Do osobodni podlegających rozliczeniu nie zalicza się osobodni:

- 1) w czasie których świadczeniobiorca przebywał na przepustce, za zgodą dyrektora jednostki organizacyjnej lub osoby przez niego upoważnionej, przez więcej niż 12 godzin w ciągu doby;
- 2) w przypadku, gdy po stronie świadczeniobiorcy:
 - a) wystąpił brak wskazań do ustalenia programu leczenia balneologicznego,
 - b) nastąpiła przerwa w ustalonym programie leczenia balneologicznego,
 - c) nastąpiło samowolne przerwanie leczenia albo wydalenie świadczeniobiorcy z turnusu;

- 3) niewykorzystanych przez świadczeniobiorcę w związku z późniejszym rozpoczęciem leczenia oraz wypisaniem przed ustalonym terminem zakończenia leczenia;
- 4) w trakcie których nie wykonano zabiegów, o których mowa w ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 9.

9. Dopuszcza się rozliczenie osobodnia, w którym nie wykonano zabiegów, o których mowa w ust. 6, w przypadkach gdy w ostatnich 7 dniach pobytu wystąpiły medycznie udokumentowane okoliczności, które uniemożliwiły pełną realizację osobodnia, a świadczeniodawca nie miał możliwości zrekompensowania świadczeniobiorcy odpowiedniej liczby zabiegów z uwagi na kończący się turnus.

10. W przypadkach określonych w ust. 9 świadczeniodawca wskazuje:

- 1) dni, w trakcie których nie wykonano zabiegów, o których mowa w ust. 6;
- 2) powód niewykonania zabiegów poprzez wskazanie jednostki chorobowej wg ICD – 10;
- 3) wyjaśnienie dotyczące niewykonania zabiegów.

11. Fundusz finansuje koszty częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatorium uzdrowskowym świadczeniobiorcom zwolnionym z tej odpłatności zgodnie z art. 33 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz pracownikom, o których mowa w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest (Dz. U. Nr 185, poz. 1920 oraz z 2005 r. Nr 131, poz. 1100).

12. W przypadku udzielenia świadczeń osobom, o których mowa w ust. 11, świadczeniodawca dołącza do dokumentacji rozliczeniowej „Oświadczenie o zwolnieniu z częściowej odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowskowym”, sporządzone zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 4 do zarządzenia** oraz odpowiednie dokumenty określone w tym oświadczeniu.

13. Koszty częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 11, za jeden dzień pobytu są rozliczane według stawki dziennej dla pobytu w pokoju dwuosobowym z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym.

14. W przypadku zgody oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w § 10 ust. 5, świadczenia finansowane są zgodnie z § 12 ust. 2.

15. Koszty związane z pobytem opiekuna nie podlegają finansowaniu przez Fundusz.

§ 12. 1. W ramach realizowanej umowy zawartej z Funduszem, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji, zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach oraz dodatkowo, dokumentacji określonej w zarządzeniu.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do rozliczenia wykonanych świadczeń w okresie sprawozdawczym, dotyczącym odpowiednio turnusu lub miesiąca, w którym świadczenia te zostały zrealizowane i wystawienia rachunku, zgodnie z zasadami określonymi w umowie. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z zasadami finansowania określonymi w umowie dla poszczególnych świadczeń.

3. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych umową. Świadczeniodawca obowiązany jest do przekazywania informacji do oddziału Funduszu na temat wykonanych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD – 9 PL), w formacie określonym przez Fundusz.

Rozdział 6

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 13. Zachowują ważność upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców, przyznane przed wejściem w życie niniejszego zarządzenia, jeżeli przy wydawaniu tych upoważnień spełnione były warunki, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1500).

§ 14. 1. Do umów zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, do dnia 31 grudnia 2013 r. stosuje się przepisy zarządzenia Nr 69/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 października 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecnictwo uzdrowiskowe, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu obowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

§ 15. Traci moc zarządzenie Nr 69/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 października 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecnictwo uzdrowiskowe.

§ 16.1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i ma zastosowanie do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2014 i lata następne, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Przepisy załącznika nr 1 do zarządzenia wchodzi w życie z dniem 1 października 2013 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych na 2013 rok i lata następne.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZ ZDROWIA**

Agnieszka Pachciarz