

KOD POSTĘPOWANIA 12-23-000742/POZ/0113/6

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA WNIOSKÓW
O ZAWARCIE UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ
W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA
NA OKRES: POCZĄWSZY OD 01.01.2023 R. NA CZAS NIEOZNACZONY**

Na podstawie art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

**Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
adres: Kossutha 13
40-844 Katowice**

informuje o rozpoczęciu naboru i zaprasza

do składania wniosków o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
(PKWiU 86 - usługi w zakresie opieki zdrowotnej)

85000000-9 Usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej, 85120000-6 Usługi medyczne i podobne, 85121100-4 Ogólne usługi lekarskie, 85141100-0 Usługi świadczone przez położne, 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki

w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, w następujących przedmiotach umów:

1. ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ
w tym KOORDYNACJA OPIEKI
2. BUDŻET POWIERZONY OPIEKI KOORDYNOWANEJ
3. TRANSPORT SANITARNY W POZ
4. ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ
5. ŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ POZ
w tym ŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ POZ W OPIECE NAD KOBIETĄ W PRZYPADKU PROWADZENIA CIĄŻY FIZJOLOGICZNEJ
w tym ŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ POZ W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY
6. ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ

na obszarze: 24 - ŚLĄSKIE

Obowiązujące stawki kapitałowe i ryczałtowe określa zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ ze zm. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29.06.2022 r. w sprawie określenia warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zwane dalej "zarządzeniem".

Wnioski mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania określone w zarządzeniu oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 540 z późn. zm.).

Wniosek o zawarcie umowy, powinien być sporządzony zgodnie z postanowieniami zarządzenia w wersji elektronicznej w oprogramowaniu w wersji wskazanej przez Fundusz.

1. W przypadku świadczeniodawców lub innych podmiotów posiadających uprawnienie do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, którzy w dniu złożenia wniosku nie są związani z Śląskim OW NFZ umową o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna lub, gdy dane zgłoszone do realizacji aktualnej umowy będą podlegały zmianom w nowym okresie obowiązywania umowy - wniosek należy złożyć w formie elektronicznej w oprogramowaniu i wersji wskazanej przez Fundusz.

W przypadku świadczeniodawców lub innych podmiotów realizujących w dniu złożenia wniosku zgodnie z posiadanymi uprawnieniami, umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i w związku z tym Śląski OW NFZ posiada w swoim systemie informatycznym, zgodnie ze stanem faktycznym, informacje, o których mowa w zarządzeniu oraz aktualne pod względem stanu prawnego i faktycznego dokumenty, o których mowa w paragrafie 45 zarządzenia - wniosek musi być sporządzony w formie elektronicznej, według wzoru określonego załącznikiem nr 16 do zarządzenia.

Materiały dotyczące niniejszego postępowania, dostępne są w siedzibie Śląskiego OW NFZ, adres: Kossutha 13 40-844 Katowice od dnia 01.07.2023 do dnia 31.12.2023 w godzinach 08:00 do 16:00 lub na stronie internetowej www.nfz-katowice.pl od dnia 01.07.2023.

Wnioski o zawarcie umów POZ mogą być składane w ciągu całego roku kalendarzowego. Złożone prawidłowo wnioski rozpatrywane są w terminie do 20 dni od dnia ich złożenia. Umowa obowiązuje od pierwszego dnia okresu sprawozdawczego następującego po dniu jej zawarcia.

Wnioskujący może złożyć w Śląskim OW NFZ, tylko jeden wniosek dotyczący danego przedmiotu umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. W przypadku, gdy Wnioskujący posiada jednostki organizacyjne zlokalizowane w różnych miejscach na terenie działania Oddziału, składa jeden wniosek uwzględniając w nim każde z miejsc udzielania świadczeń.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Dyrektora Oddziału