

Komunikat nr 119/2015 dla świadczeniodawców
w sprawie sposobu prawidłowego wypełnienia dokumentacji
wymaganej dla przedłużenia okresu obowiązywania umów na rok 2016

Śląski Oddział Wojewódzki NFZ przedstawia informacje o trybie postępowania w procesie uzgodnień warunków umów na rok 2016.

Do koperty z dopiskiem **UZGODNIENIA 2016 w rodzaju:...** (np. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna) należy włożyć następujące dokumenty (dotyczące **wyłącznie** rodzaju świadczeń podanego na opisie koperty):

1. **Propozycja planu rzeczowo-finansowego na rok 2016 - załącznik 1 w danym rodzaju świadczeń.**

Oryginał planu rzeczowo-finansowego na rok 2016 w danym rodzaju świadczeń opatrzony pieczęcią oraz czytelnym podpisem osoby/osób do tego uprawnionych na podstawie odpowiednich dokumentów rejestrowych.

2. **Oświadczenie o aktualizacji potencjału i spełnianiu warunków koniecznych do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów – załącznik 2.**

Oświadczenie należy złożyć **odrębnie dla każdego zakresu świadczeń** objętego umową w danym rodzaju świadczeń. Przykład: umowa świadczeniodawcy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna obejmuje pięć zakresów, a zatem **odrębnych oświadczeń dla zakresów skojarzonych nie składa się.**

Wzór oświadczenia zamieszczono do pobrania, jako załącznik do niniejszego komunikatu w formie pliku pdf. pod nazwą: *oswiadczenie_wz_zal_2*

UWAGA!

Przez pojęcie „aktualizacja potencjału” rozumie się zakres czynności jakie do **dnia 29 listopada 2015 r.** musi wykonać świadczeniodawca, kierując się „Instrukcją dotyczącą aktualizacji danych w portalu świadczeniodawcy” – w *załączeniu*.

3. **Oświadczenie o braku przeszkód dla realizacji umowy wynikających z przepisu z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.) – załącznik 3.**

Wzór oświadczenia zamieszczono do pobrania, jako załącznik do niniejszego komunikatu w formie pliku pdf. pod nazwą: *oswiadczenie_wz_zal_3*

Oświadczenia stanowiące załącznik 2 i 3 należy wypełnić bez modyfikowania ich treści oraz opatrzyć pieczęcią i czytelnym podpisem osoby/osób do tego uprawnionych na podstawie odpowiednich dokumentów rejestrowych.

W razie pytań lub wątpliwości należy kontaktować się z odpowiednim działem Śląskiego OW NFZ, merytorycznie odpowiedzialnym za dany rodzaj świadczeń:

rodzaj świadczeń:	numer telefonu:
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA nocna i świąteczna opieka zdrowotna	32/735-16-60; 32/735-16-95; 32/735-16-76; 32/735-17-61
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	32/735-15-82; 32/735-17-59; 32/735-16-72; 32/735-16-75; 32/735-17-22; 32/735-17-43; 32/735-17-24
LECZENIE SZPITALNE	32/735-17-12; 32/735-15-75; 32/735-17-25; 32/735-16-82; 32/735-19-56; 32/735-17-16; 32/735-19-10; 32/735-18-50
LECZENIE SZPITALNE chemioterapia oraz programy terapeutyczne (lekowe)	32/735-17-45
OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	32/735-16-94; 32/735-19-29; 32/735-16-68
REHABILITACJA LECZNICZA	32/735-17-50; 32/735-16-61; 32/735-17-41
LECZENIE STOMATOLOGICZNE	32/735-17-75; 32/735-17-46; 32/735-17-69
PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	32/735-16-63; 32/735-19-16; 32/735-17-18
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI	32/735-16-82; 32/735-16-52; 32/735-17-25
ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE	32/735-19-52
OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA	32/735-19-52