

**Komunikat nr 33/2016 dla świadczeniodawców**  
**PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**w sprawie przekazywania oświadczeń o przeznaczeniu środków**  
**na zwiększenie finansowania świadczeń udzielanych przez**  
**pielęgniarki POZ, położne POZ, pielęgniarki/higienistki szkolne**  
**(załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 2/2016/DSOZ**  
**Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 r.)**  
**oraz płatności**

W ZWIĄZKU Z NIEPRZEKAZYWANIEM POWYŻSZEGO ZAŁĄCZNIKA ŚLĄSKI OW NFZ PRZYPOMINA, ŻE OŚWIADCZENIE TO NALEŻY SKŁADAĆ **CO MIESIĄC WRAZ Z FAKTURĄ/RACHUNKIEM JAKO KOMPLET DOKUMENTÓW, W PRZYPADKU E-FAKTUR/E-RACHUNKÓW NALEŻY DOSTARCZYĆ OŚWIADCZENIE BEZZWŁOCZNIE PO WYSŁANIU ELEKTRONICZNEJ FAKTURY/RACHUNKU**, PAMIĘTAJĄC O PONIŻSZYCH ZASADACH:

1. Oświadczenia winny być przekazane w oryginale, w formie pisemnej, w postaci papierowej (fax, e-mail, kserokopia - nie są poprawną formą) bez względu na to czy faktura została przedłożona w formie papierowej czy też w postaci e-dokumentu.
2. W treści ww. oświadczenia, w miejscu „..... oświadcza, iż w miesiącu ..... roku, z tytułu przekazania ...” należy wpisać miesiąc realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, tj. miesiąc, za który został wystawiony rachunek.
3. Oświadczenie musi zawierać czytelny numer umowy świadczeniodawcy.
4. Wzorów oświadczeń nie można modyfikować ani zmieniać ich treści.
5. Na oświadczeniu winny być umieszczone dane podmiotu zawarte w umowie ze Śląskim OW NFZ.
6. Oświadczenia winny zawierać podpis oraz pieczęć osoby uprawnionej do reprezentacji podmiotu.
7. Obowiązek przesyłania oświadczeń nie dotyczy świadczeniodawców będących osobami fizycznymi, udzielającymi świadczeń w formie indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i praktyk położnych oraz prowadzących przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego i jednoosobowo udzielających w nim świadczeń.

Poniżej wzór aktualnego oświadczenia.

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa.....

Adres.....

Nr umowy.....

### OŚWIADCZENIE

#### O PRZEZNACZENIU ŚRODKÓW NA ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH PRZEZ PIELĘGNIARKI POZ, POŁOŻNE POZ, PIELĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNE

.....  
reprezentowany przez

.....  
oświadcza, iż w miesiącu ..... roku, z tytułu przekazania przez Narodowy Fundusz Zdrowia w rozliczeniu na podstawie stawki kapitacyjnej, kwot na zwiększenie finansowania świadczeń, o którym mowa w:

- 1) w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1628), zwanego dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia” w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r.; albo
- 2) w § 4 w ust. 6 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.<sup>1</sup>,

- przeznaczył w całości kwotę, wynikającą z iloczynu kwot wzrostu stawek określonych w umowie, z uwzględnieniem współczynników korygujących oraz populacji na listach świadczeniobiorców/uczniów pozytywnie zweryfikowanej do rozliczenia, w zakresach:

- 1) świadczenia pielęgniarki poz;
- 2) świadczenia położnej;
- 3) świadczenia pielęgniarki/higienistki szkolnej.<sup>1</sup>

Miejscowość, data .....

Podpis i pieczęć .....

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić