

**Komunikat nr 125/2013 dla świadczeniodawców
w sprawie przedłużenia okresu obowiązywania umów
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
wygasających w dniu 31 grudnia 2013 roku**

Mając na uwadze art. 4 ust 1 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2013 r., poz. 1290 z 6 listopada 2013 r.), która wchodzi w życie z dniem 21 listopada 2013 roku, Śląski Oddział Wojewódzki NFZ zwrócił się do Państwa z pisemnym wnioskiem o wyrażenie zgody na przedłużenie okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wygasających z dniem 31 grudnia 2013 r.

Okres na jaki proponuje się przedłużenie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach świadczeń przedstawia się następująco:

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA – do 31.XII.2014 r.;

SWIADCZENIA ODRĘBNIIE KONTRAKTOWANE - do 31.XII.2014 r.;

PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE – do 30.VI.2014 r.;

REHABILITACJA LECZNICZA - do 30.VI.2014 r.;

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ - do 31.XII.2014 r.;

ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE - do 30.VI.2014 r.;

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA - do 30.VI.2014 r.;

LECZENIE STOMATOLOGICZNE - do 30.VI.2014 r.;

Za wyrażenie zgody na przedłużenie okresu obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uznaje się złożenie podpisu pod oświadczeniem o woli przedłużenia okresu obowiązywania umowy z jednoczesnym podpisaniem propozycji planów rzeczowo-finansowych – załącznik 1 oraz oświadczeń stanowiących załączniki o numerach 2 i 3 do niniejszego pisma.

Podpisane oświadczenie o woli przedłużenia okresu obowiązywania umowy oraz zaakceptowane propozycje planów rzeczowo-finansowych wraz z podpisanymi pozostałymi załącznikami proszę odesłać do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na adres ul. Stanisława Kossutha 13, 40-844 Katowice, **w terminie do dnia 29 listopada 2013 r.**

SPOSÓB PRAWDŁOWEGO WYPEŁNIENIA DOKUMENTACJI WYMAGANEJ DLA PRZEDŁUŻENIA OKRESU OBOWIĄZYWANIA UMÓW NA ROK 2014.

Do koperty z dopiskiem UZGODNIENIA 2014 w rodzaju:..... (np. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna) **wkładamy następujące dokumenty (dotyczące wyłącznie rodzaju świadczeń podanego w opisie na kopercie) :**

1. Oświadczenie o woli przedłużenia okresu obowiązywania umowy w danym rodzaju świadczeń.

Niniejsze oświadczenie należy uzupełnić (w wykropkowanych miejscach) o:

- nazwę i adres świadczeniodawcy
- kod świadczeniodawcy, jako uzupełnienie do pełnego numeru umowy

Oświadczenie należy opatrzyć pieczęcią oraz czytelnym podpisem osoby/osób do tego uprawnionych na mocy odpowiednich dokumentów rejestrowych.

Wzór oświadczenia zamieszczono do pobrania, jako załącznik do niniejszego komunikatu w formie pliku pdf. pod nazwą: oswiadczenie o woli przedłużenia umowy

2. Propozycja planu rzeczowo-finansowego na rok 2014 - załącznik 1. w danym rodzaju świadczeń.

Oryginał planu rzeczowo-finansowego na rok 2014 w danym rodzaju świadczeń opatrzony pieczęcią oraz czytelnym podpisem osoby/osób do tego uprawnionych na mocy odpowiednich dokumentów rejestrowych.

Zaleca się sporządzenie na własny użytek kopii podpisanych planów.

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

Oświadczenie składa się **odębnie dla każdego zakresu świadczeń** objętego umową w danym rodzaju świadczeń. *Przykład: umowa świadczeniodawcy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna obejmuje pięć zakresów, a zatem liczba oświadczeń złożonych przez świadczeniodawcę wynosi pięć.*

Oświadczenia powinny zostać opatrzone pieczęcią oraz czytelnym podpisem osoby/osób do tego uprawnionych na mocy odpowiednich dokumentów rejestrowych.

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

Proszę je wypełnić bez dokonywania modyfikowania jego treści.

UWAGA!!!!!!!!!!

Przez pojęcie „aktualizacja potencjału” rozumie się zakres czynności jakie do dnia 29 listopada 2013r. musi wykonać Świadczeniodawca, kierując się załączoną **instrukcją**. W niniejszej instrukcji wskazano problemy na jakie należy w szczególności zwrócić uwagę.

4. 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 (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późniejszymi zmianami) – załącznik 3.

Oświadczenia powinny zostać opatrzone pieczęcią oraz czytelnym podpisem osoby/osób do tego uprawnionych na mocy odpowiednich dokumentów rejestrowych.

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

Proszę je wypełnić bez dokonywania modyfikowania jego treści.

W razie pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt z właściwym ze względu na rodzaj świadczeń numerem telefonu:

rodzaj świadczeń:	numer telefonu:
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	32/ 735-15-82; 32/735-17-85; 32/735-17-24; 32/735-17-43; 32/735-16-72;32/ 735--17-59; 32/735-16-75; 32/735-17-81 32/735-17-22; 32/735-17-43; 32/735-17-17
OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	32/735-16-68; 32/735-16-94; 32/735-19-29
REHABILITACJA LECZNICZA	32/735-17-51; 32/735-17-55; 32/ 735 17 50; 32/735 16 61
LECZENIE STOMATOLOGICZNE	32/735-17-76, 32/735-17-75
PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	32/735-16-63; 32/735-19-16; 32/735-17-18
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI	32-735-16-82;32/735-17-25
ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE	32/735-19-52
OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA	32/735-19-52