|  |
| --- |
| ***Projekt*** |

**Zarządzenie Nr ....................
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**

z dnia .................... 2022 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.[[1]](#footnote-1)1)) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.**
**Postanowienia ogólne**

**§ 1.**Zarządzenie określa:

1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

**§ 2.**1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

2) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;

3) **ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w załączniku do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

4) **osobodzień** – jednostkową miarę służącą do sprawozdawania produktów rozliczeniowych określonych w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia;

5) **przepustka** – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym, zwanym dalej „zakładem opiekuńczym” bez potrzeby wypisywania go z zakładu;

6) **punkt** – jednostkę miary służącą do określenia wartości świadczeń opieki zdrowotnej - produktu rozliczeniowego (sprawozdawanego) określonego w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia;

7) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;

8) **rozporządzenie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

9) **skala Barthel** – skala oceny poziomu samodzielności świadczeniobiorcy, o której mowa w:

a) załączniku nr 2 do rozporządzenia, w którym określony jest wzór karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego albo przebywającego w zakładzie opiekuńczym, oraz

b) załączniku nr 3 do rozporządzenia, w którym określony jest wzór karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia lub objętego pielęgniarską opieką długoterminową domową;

10) **świadczenie wykonywane w warunkach domowych** – świadczenie gwarantowane, o którym mowa w § 6 rozporządzenia, udzielane w miejscu zamieszkania lub czasowego pobytu świadczeniobiorcy, w tym także w domach pomocy społecznej z wyłączeniem pobytu w podmiotach udzielających świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych;

11) **weteran poszkodowany** – weteran, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. z 2020 r. poz. 2055 ze zm.);

12) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu oraz w ogólnych warunkach umów.

**Rozdział 2.**
**Przedmiot postępowania i umowy**

**§ 3.**1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

1) 85110000-3 – Usługi szpitalne i podobne;

2) 85141210-4 – Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych;

3) 85144000-0 – Usługi placówek opieki zdrowotnej zapewniających zakwaterowanie;

4) 85141200-1 – Usługi świadczone przez pielęgniarki.

**§ 4.**1. Postępowanie, o którym mowa w § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

1) województwa;

2) więcej niż jednego powiatu;

3) powiatu;

4) więcej niż jednej gminy;

5) gminy;

6) więcej niż jednej dzielnicy;

7) dzielnicy.

2. Porównanie ofert w toku postępowania następuje zgodnie z przepisami art. 148 ustawy o świadczeniach, w tym wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

**Rozdział 3.**
**Szczegółowe warunki umowy**

**§ 5.**1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 1**do zarządzenia.

2. Odpowiednio do przedmiotu umowy, jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych zakresów świadczeń określone są w **załączniku nr 1**do zarządzenia.

3. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2**do zarządzenia.

4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

**§ 6.**1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu.

2. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa, łącznie ze świadczeniami wykonywanymi w warunkach domowych.

**§ 7.**1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby” stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostęp do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

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

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 6.

4. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w tym podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

6. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

**§ 9.**1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do udostępnienia na żądanie oddziału Funduszu rejestru zakażeń zakładowych.

**§ 10.**1. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

3. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, 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.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 4, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, oddział Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 4 umowy.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

**§ 11.**1. W ramach wizyty personelu medycznego, w zakresach świadczeń: świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, personel medyczny takiego zespołu jest każdorazowo obowiązany do przedkładania świadczeniobiorcy lub członkowi jego rodziny albo opiekunowi faktycznemu lub prawnemu „Karty wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie”, której wzór określony jest w **załączniku nr 3**do zarządzenia, w celu potwierdzenia zrealizowanej wizyty.

2. Lekarz zespołu długoterminowej opieki domowej, w ramach zakresów świadczeń, o których mowa w ust. 1, udzielający świadczeń świadczeniobiorcom dorosłym, dzieciom i młodzieży wentylowanym mechanicznie ustala parametry wentylacji mechanicznej. Lekarz przedkłada świadczeniobiorcy lub członkowi jego rodziny albo opiekunowi faktycznemu lub prawnemu „Kartę wentylacji okresowej mechanicznej inwazyjnej lub nieinwazyjnej”, której wzór określony jest w **załączniku nr 4**do zarządzenia, w celu wpisania przez te osoby czasu trwania wentylacji.

3. W ramach wizyty pielęgniarki, w zakresie świadczeń: pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, pielęgniarka jest każdorazowo obowiązana do przedkładania świadczeniobiorcy lub członkowi jego rodziny albo opiekunowi faktycznemu lub prawnemu „Karty wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”, której wzór określony jest w **załączniku nr 5**do zarządzenia, w celu potwierdzenia zrealizowanej wizyty.

4. Karty, o których mowa w ust. 1-3, dołącza się do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

5. W przypadku, gdy termin pierwszej wizyty pielęgniarki w ramach sprawowania pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej nie jest tożsamy z terminem rozpoczęcia realizacji zabiegów określonych na skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (np. iniekcji, zmiany opatrunków), pielęgniarka opieki długoterminowej domowej informuje świadczeniobiorcę o konieczności zgłoszenia się do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, w celu realizacji zleceń lekarskich.

6. Świadczenia pielęgniarskie wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji, udzielane w godzinach od 2000 do 800 dnia następnego zapewnia, w ramach sprawowanej opieki, świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej.

**§ 12.**1. Warunki rozliczania świadczeń realizowanych w ramach umowy określone są w ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w „Planie rzeczowo – finansowym”, którego wzór określony jest w załączniku nr 1 do umowy.

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

4. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

5. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu stanowiącego podstawę wystawienia rachunku.

6. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawcę podlega weryfikacji przez Fundusz.

7. Jednostką rozliczeniową świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej jest punkt.

8. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, po przekroczeniu kwoty zobowiązania określonej w umowie dla zakresu, w którym udzielono tych świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, zwiększeniu ulegają liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania w tym zakresie, z zastrzeżeniem, że liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych i wartość odpowiadającą świadczeniom udzielonym świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia ponad kwotę zobowiązania w tym kwartale.

**§ 13.**Przedstawiając świadczenia do zapłaty, świadczeniodawca obowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

1) do rozliczenia pobytów w zakładach stacjonarnych i opieki domowej wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane; przez osobodzień „faktycznie wykonany” rozumie się każdy rozpoczęty osobodzień pobytu w zakładzie stacjonarnym i opiece domowej, z zastrzeżeniem pkt 2;

2) dzień objęcia opieką i dzień jej zakończenia, wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień;

3) w przypadku okresowego pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu, trwającego nie dłużej niż 15 kolejnych dni, zakład opiekuńczy utrzymuje przez ten okres rezerwację łóżka dla świadczeniobiorcy; w okresie rezerwacji łóżka Fundusz finansuje 15% wartości osobodnia; po tym czasie ponowne przyjęcie świadczeniobiorcy do zakładu wymaga uzgodnienia terminu pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą lub członkiem jego rodziny albo opiekunem faktycznym lub prawnym;

4) w przypadku gdy w trakcie pobytu w zakładzie opiekuńczym świadczeniobiorca zostanie skierowany i przyjęty do leczenia szpitalnego, po jego wypisaniu ze szpitala nie jest konieczne ponowne składanie wniosku o przyjęcie świadczeniobiorcy do tego zakładu;

5) jeżeli świadczeniobiorca przebywa na przepustce, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym, z zastrzeżeniem pkt 6- 8;

6) w okresie korzystania z przepustki świadczeniodawca wyposaża świadczeniobiorcę w leki oraz wyroby medyczne, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia;

7) Fundusz finansuje czas przebywania świadczeniobiorcy na przepustce do 10% czasu pobytu w zakładzie opiekuńczym u danego świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym; informację o przepustce, o której mowa w pkt 5, świadczeniodawca odnotowuje w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;

8) do czasu pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym wlicza się czas pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu;

9) jeżeli w ocenie świadczeniobiorcy dokonywanej na koniec każdego miesiąca, przy pomocy skali Barthel, przez lekarza i pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego świadczeniobiorca otrzymał więcej niż 40 punktów, Fundusz finansuje świadczenia do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego;

10) w przypadku rozliczania świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom z zaburzeniami przytomności, należy stosować ocenę z zastosowaniem Skali Glasgow, której wzór określony jest w **załączniku nr 6**do zarządzenia;

11) świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej może rozliczyć w okresie sprawozdawczym świadczenia udzielone przez pielęgniarkę świadczeniobiorcom:

a) przebywającym pod tym samym adresem zamieszkania w szczególności w domu pomocy społecznej, albo

b) przebywającym pod różnymi adresami zamieszkania, albo

c) których część przebywa pod tym samym adresem, a część pod różnymi adresami zamieszkania;

12) dopuszczalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednoczasowo przez pielęgniarkę opieki długoterminowej w ramach jednego etatu przeliczeniowego, którzy przebywają pod tym samym adresem zamieszkania albo pod różnymi adresami zamieszkania określona jest w rozporządzeniu;

13) dopuszczalna liczba świadczeniobiorców, których część przebywa pod tym samym adresem, a część pod różnymi adresami zamieszkania, w odniesieniu do których mają być rozliczone świadczenia wykonane w tym samym czasie przez pielęgniarkę opieki długoterminowej określona jest w **załączniku nr 7**do zarządzenia;

14) porady lekarskie, wizyty pielęgniarki i fizjoterapeuty sprawozdawane są w raporcie statystycznym wraz z datą i kodem określonym w **załączniku nr 8**do zarządzenia;

15) w przypadku rozliczania świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo- mięśniowych, rozliczanie osobodni odbywa się na podstawie czasu wentylacji określonego w karcie wentylacji okresowej stanowiącej **załącznik nr 4**do zarządzenia.

**§ 14.**1. W zakładach opiekuńczych Fundusz nie finansuje kosztów wyżywienia i zakwaterowania, z wyłączeniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego kompletną dietą przemysłową, które finansowane jest w ramach kompleksowego świadczenia w cenie za osobodzień.

2. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego odbywa się za zasadach określonych w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

3. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe winno być realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną; rodzaje diet, zasady opieki nad dostępem do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego oraz zasady podaży kompletnej diety przemysłowej, a także zapobieganie, rozpoznawanie i postępowanie w przypadku powikłań winny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu oraz zaleceniami Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci.

4. W przypadku udzielania w ramach sprawowanej opieki świadczeń w rodzaju:

1) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, z wyłączeniem:

a) żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie,

b) tlenoterapii w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie oraz zespołu długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie dorosłych, dzieci i młodzieży,

2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez lekarzy zatrudnionych w zakładach opiekuńczych, posiadających specjalizacje lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinach medycyny określonych w przepisach rozporządzenia,

3) leczenie stomatologiczne,

4) rehabilitacja lecznicza, z wyłączeniem rehabilitacji leczniczej wykonywanej w warunkach domowych w przypadku zakresów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w których istnieje wymóg zatrudnienia fizjoterapeuty,

5) leczenie szpitalne, w zakresie: programy zdrowotne i programy lekowe

- możliwe jest rozliczanie świadczeń udzielanych jednoczasowo na podstawie odrębnych umów.

5. Zalecenia dotyczące leczenia farmakologicznego oraz wydane zlecenia na wyroby medyczne, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 523 ze zm.), stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym, wymienione w przepisach rozporządzenia w przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 4, finansowane są przez zakład opiekuńczy, w którym przebywa świadczeniobiorca.

**Rozdział 4.**
**Postanowienia końcowe**

**§ 15.**Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres na jaki zostały zawarte.

**§ 16.**Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

**§ 17.**Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

**§ 18.**Traci moc zarządzenie Nr 22/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 stycznia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

**§ 19.**Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 maja 2022 r.

|  |  |
| --- | --- |
|  | PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA |

Załącznik 1 do zarządzenia Nr ....................
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia ........... 2022 r.

|  |
| --- |
| **Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwa zakresu świadczeń** | **Kod zakresu świadczeń** | **Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń** | **Nazwa produktu rozliczeniowego** | **Kod produktu rozliczeniowego** | **Waga punktowa produktu rozliczeniowego** | **Taryfa\*** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |  | *7* |
| 1 | świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczym / opiekuńczo - leczniczym | 14.5160.026.04 | punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel | 5.15.00.0000182 | x | 4,29 |
| punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel | 5.15.00.0000183 | 5,46 | x |
| punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywionego dojelitowo | 5.15.00.0000184 | 7,75 | x |
| punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta  z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał  do 8 pkt wg skali Glasgow | 5.15.00.0000185 | x | 6,14 |
| punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta  z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał  do 8 pkt wg skali Glasgow i żywionego dojelitowo | 5.15.00.0000186 | 9,60 | x |
| punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel  żywionego pozajelitowo, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow | 5.15.00.0000187 | 13,19 | x |
| punkt | osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL | 5.15.00.0000197 | x | 4,29 |
| 2 | świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczym dla dzieci i młodzieży /  opiekuńczo - leczniczym dla dzieci i młodzieży | 14.5161.026.04 | punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel  | 5.15.00.0000188 | x | 7,09 |
| punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, żywionych dojelitowo | 5.15.00.0000189 | 10,55 | x |
| punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia  lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow  | 5.15.00.0000190 | x | 9,14 |
| punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia  lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow, żywionych dojelitowo   | 5.15.00.0000191 | 12,60 | x |
| punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, żywionych pozajelitowo | 5.15.00.0000192 | 16,19 | x |
| 3 | świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie / opiekuńczo - leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie | 14.5170.029.04 | punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie | 5.15.00.0000165 | x | 11,21 |
| osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i żywionych dojelitowo | 5.15.00.0000193 | 14,67 | x |
| osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i żywionych pozajelitowo | 5.15.00.0000194 | 18,26 | x |
| 4 | świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie / opiekuńczo - leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie | 14.5171.029.04 | punkt | osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie | 5.15.00.0000168 | x | 14,44 |
| osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie i żywionych dojelitowo | 5.15.00.0000195 | 17,90 | x |
| osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie i żywionych pozajelitowo | 5.15.00.0000196 | 21,49 | x |
| 5 | świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie | 14.2140.029.04 | punkt | osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną | 5.15.00.0000171 | x | 5,41 |
| osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych | 5.15.00.0000172 | x | 5,02 |
| osobodzień  zespołu  długoterminowej  opieki  domowej  dla  pacjentów  wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych (pow. 16 godzin) | 5.15.00.0000173 | x | 4,13 |
| osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie od 8 do 16 godzin na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych | 5.15.00.0000232 | x | 3,11 |
| osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie poniżej 8 godzin na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych | 5.15.00.0000233 | x | 1,35 |
| 6 | świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie | 14.2141.029.04 | punkt | osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną | 5.15.00.0000174 | x | 5,57 |
| osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną w przypadku dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia bez względu na czas trwania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej | 5.15.00.0000175 | x | 5,08 |
| 7 | świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej  | 14.2142.026.04 | punkt | osobodzień za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania | 5.15.00.0000144 | x | 1,0 |
| punkt | osobodzień za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod tym samym  adresem zamieszkania | 5.15.00.0000145 | x | 0,5 |
| \* uwzględniona na podstawie:- załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,- załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 września 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,- załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 marca 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, - załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 maja 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,- załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 27 września 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, oraz- załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej  |
| Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. "osobodnia za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania", któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 punkt. |

Załącznik Nr 2

**UMOWA Nr ....../.......**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

-  **ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ**

zawarta w .........................................., dnia ..................................................... roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: ………………………………………………… (wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej) – ………………………………………… (wskazanie stanowiska) .…………………………… (nazwa oddziału) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w ....................................................................................................

……………………………………………. (adres), na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw[[2]](#footnote-2)1) nr ………....... z dnia …………… / i nr ............. z dnia ….........., zwanym dalej „Funduszem”

**a**

………............................................................................................................................................ *(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.),*

zwanym dalej **„Świadczeniodawcą”**, reprezentowanym przez

...........................................................................................……………………………………………

**PRZEDMIOT UMOWY
§ 1.**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zwanymi dalej „świadczeniami”, w zakresie określonym w **załączniku nr 1**do umowy.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:

a) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,

b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,

- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”,

2) ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem” na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest do zapoznania z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji Świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 2.**1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w **załączniku nr 2**do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2**do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

3. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 2**do umowy – „Harmonogram - zasoby”.

4. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 ust. 2 oraz warunkach zawierania umów.

6. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

7. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie
o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń oraz jej wynikach.

8. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

9. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

10. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 8 i 9, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

**§ 3.**Świadczeniodawca jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

**WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 4.**1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia ………....... r. do dnia ……....….. r. wynosi maksymalnie…...........................……….…………......zł (słownie:....……………………………….……………………………………………………………….…zł).

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.

3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 lub ust. 4a Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4b i 4c Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

4. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.

5. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń, Fundusz przekazuje na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: ..…………………………………………...……………......

nr………………......…………………………...........................................................................………

6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy.

7. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

8. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu, wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

9. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej przez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności faktury.

**§ 5.**Świadczeniodawca jest zobowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym, w szczególności następujących danych:

1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);

2) w przypadku chorób rzadkich stosuje się także rozpoznania opisane numerami ORPHA;

3) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9)

- w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

**KARY UMOWNE**

**§ 6.**1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.), finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 lub 4a Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4b i 4c Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na świadczeniodawcę karę umowna w wysokości 5% tych środków.

6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1- 5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

**OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

**§ 7.**1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ……..…..... do dnia ………… r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

**§ 8.**Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

**§ 9.**W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzeń, o których mowa w § 1 ust. 2.

**§ 10.**Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

**§ 11.**Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

1) **Załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy.

2) **Załącznik nr 2 do umowy** – Harmonogram-zasoby.

3) **Załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz podwykonawców.

4) **Załącznik nr 4 do umowy** – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

**PODPISY STRON
............................................................ ............................................................
............................................................ ............................................................**

 **Świadczeniodawca Fundusz**

Załącznik Nr 1 umowy

**Plan rzeczowo-finansowy**

|  |  |
| --- | --- |
| **PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr… do umowy nr ……………………….. rodzaj  świadczeń:                                                       wersja ……**  | **Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego :………..OW NFZ** |
| Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ |  |
| Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych |  |
| ROK ………… - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych …………………….. zł (słownie - ………………………………………………….) |
| **Okres rozliczeniowy od………… do………………….** |
| Pozycja | Podstawa \* | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń | Kod miejsca udzielania świadczeń | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) |  |
| Okres rozliczeniowy od………… do………………….\*\* |
| Pozycja | Podstawa \* | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń | Kod miejsca udzielania świadczeń | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) |  |
| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje |
| Razem pozycje | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) | Okres sprawozd.  | Wartość (zł) |
| Styczeń |  | Luty |  | Marzec |  | Kwiecień |  |
| Maj |  | Czerwiec |  | Lipiec |  | Sierpień |  |
| Wrzesień |  | Październik |  | Listopad |  | Grudzień |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje |
| Pozycja |  | Kod zakresu |  | Nazwa zakresu |  |
| Kod miejsca |  | Nazwa miejsca |  |
| Adres miejsca |  | TERYT |  |
|  | Styczeń | Luty | Marzec |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
|  | Kwiecień | Maj | Czerwiec |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
|  | Lipiec | Sierpień | Wrzesień  |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
|  | Październik | Listopad | Grudzień |
| *liczba \* cena* |  |  |  |
| *wartość* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data sporządzenia  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fundusz\*\*\* |  |  |  |  |  |  | Świadczeniodawca\*\*\*\* |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy  |  |  |  |  |  |
| \*\* - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy) |  |
| \*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **HARMONOGRAM - ZASOBY** |  |
|  |  |  | **Załącznik nr 2 do umowy** |  |  |
|  |  |  | **rodzaj świadczeń: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pozycja |  | Kod zakresu |  | Nazwa zakresu |  |
| **I. Miejsce udzielania świadczeń** |
| Kod miejsca (a) | Id podwyk. (b) | Nazwa miejsca (c) | Adres miejsca (d) | VII cz.KR\*(e) | VIII cz.KR\*(f) | Profil IX-X cz.KR\*(g) | Status \*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń** |  |  |  |  |  |
| pn (a) | wt (b) | śr (c) | czw (d) | pt (e) | sob (f) | nd (g) | Obowiązuje od (h) | Obowiązuje do (i) | Status\*\* |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III. Personel** |
| ID osoby (a) | Nazwisko (b) | Imiona (c) | PESEL (d) | Zawód/specjalność (e) | St.specjal. (f) | NPWZ (g) | Status \*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dostępność osoby personelu |  |  |
| pn (h) | wt (i) | śr (j) | czw (k) | pt (l) | sob (m) | nd (n) | Typ harmonogramu\*\*\*(o) | Tyg. lb. godzin (p) | Obowiązuje od (r) | Obowiązuje do (s) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | P\*\*\*\* |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | D\*\*\*\* |  |  |  |  |  |
| **IV. Sprzęt** |
| Id sprzętu (a) | Nazwa sprzętu (b) | Ilość (c) | Nr seryjny (d) | Rok produkcji (e) | Rodzaj dostępności (f ) | Dostępny od (g) | Dostępny do (h) | Status \*\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fundusz\*\*\*\*\* |  |  |  |  |  |  | Świadczeniodawca\*\*\*\*\*\* |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art.  105 ust.  5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn.zm.) |
| \*\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto |
| \*\*\* Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy |
| \*\*\*\* drukowany jeśli wypełniony |
| \*\*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*\*\*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem  |  |  |  |  |  |  |  |

Załącznik Nr 3 do umowy

**Wykaz podwykonawców**

|  |
| --- |
| **WYKAZ PODWYKONAWCÓW** |
| **Załącznik nr …..  do umowy nr …………………………** |
| **rodzaj  świadczeń:………………………………………………….** |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY** |  |
| **Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy** |
| Nazwa |  |
| Adres siedziby |  |
| Kod terytorialny i nazwa  |  |
| REGON |  | NIP |  |
| Forma organizacyjno-prawna (cześć IV KR)  |  |
| Osoba/y uprawniona do reprezentowania   |  | Telefon |  |
| **Dane rejestrowe podwykonawcy** |
|  Rodzaj rejestru |  | Nr wpisu do rejestru              |  |
| Organ rejestrujący |  |  Data wpisu  |  |
|  Data ostatniej aktualizacji  |  |
| **Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa** |
| Umowa/promesa |  |
| Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa |  | Pozycja/e umowy |  |
| Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa |  | Przedmiot świadczeń podwykonywanych |  |
| Opis przedmiotu podwykonawstwa |  |
|  |  |  |  |
| data sporządzenia  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Fundusz\* |  | Świadczeniodawca\*\* |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| \* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem |  |
| \*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem   |

Załącznik Nr 4 do umowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Miejscowość ………………………………………………… |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data ……………………………………………… |
| Kod Oddziału Wojewódzkiego |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dane Świadczeniodawcy  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(źródło – Portal Świadczeniodawcy)* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:  |
| numer  |  |
| w rodzaju  |  |
| w zakresie |  |
| na okres  |  |
| Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy |  |
| Dane posiadacza rachunku bankowego:   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Świadczeniodawca\* | …………………………………………………………….…… |
| \*  pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem   |

Załącznik Nr 3

**KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE**

Imię i Nazwisko pacjenta .............................................................................................................

Adres zamieszkania ....................................................................................................................

Pesel ...........................................................................................................................................

Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej

......................................................................................................................................................

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA

Informacja dotycząca realizacji świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę i fizjoterapeutę oraz na temat dostępności do świadczeń wykonywanych przez wymieniony personel medyczny, dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną i nieinwazyjną, zawarte są w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Czas trwania wizytyod - do | imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna **\*** |
|  |  |  |  |

**\*** WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE

Załącznik Nr 4

**KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ\* lub NIEINWAZYJNEJ\***

Imię i Nazwisko pacjenta ..............................................................................................................

Adres zamieszkania pacjenta…………..………………………………………………………………

Pesel ............................................................................................................................................

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz: ………………………………………………………………………………………………..…………….

………………………………………………………………………………………….………………….

……………………………………………………………………………………….…………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

 Data, imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun) |
| Od godz 00 | Dogodz 00 | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*właściwe podkreślić
**Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz./dobę**

Załącznik Nr 5

(Kod wizyty pielęgniarskiej 5.01.27.0800016 sprawozdawany wraz z datą zrealizowanej wizyty)

Imię i nazwisko pacjenta ................................................................................................................

Adres zamieszkania ........................................................................................................................

PESEL ............................................................................................................................................

Telefon kontaktowy .......................................................................................................................

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA:

1) wizyty pielęgniarskie nie mniej niż 4 razy w tygodniu,

2) dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00,

3) w medycznie uzasadnionych przypadkach – dostępność w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data wizyty | Czas trwania wizyty od - do | Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis pielęgniarki | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna \*\* |
|  |  |  |  |

\* zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658 z poźn. zm.).

\*\* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE

Załącznik Nr 6

**SKALA GLASGOW**

Ocenie podlega:

·Otwieranie oczu

o4 punkty – spontaniczne

o3 punkty – na polecenie

o2 punkty – na bodźce bólowe

o1 punkt – nie otwiera oczu

·Kontakt słowny:

o5 punktów – odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby

o4 punkty – odpowiedź splątana, pacjent zdezorientowany

o3 punkty – odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk

o2 punkty – niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie

o1 punkt – bez reakcji

·Reakcja ruchowa:

o6 punktów – spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych

o5 punktów – ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy

o4 punkty – reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego

o3 punkty – patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych)

o2 punkty – patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdżenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy)

o1 punkt – bez reakcji

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na:

·GCS 13–15 – łagodne

·GCS 9–12 – umiarkowane

·GCS 6–8 – brak przytomności

·GCS 5 – odkorowanie

·GCS 4 – odmóżdżenie

·GCS 3 – śmierć mózgowa

Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią, tj. od 4 roku życia.

Załącznik Nr 7

|  |
| --- |
| **Zasady rozliczeń w zakresie świadczeń: pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, określające  dopuszczalną maksymalną liczbę  świadczeniobiorców przebywających pod tym samym  adresem  i  pod różnymi adresami, objętych jednoczasowo opieką przez pielęgniarkę w ramach 1 etatu przeliczeniowego** |
| **pacjenci pod jednym adresem zamieszkania** | **pacjenci pod różnym adresem zamieszkania** |
| liczba pacjentów do: | liczba pacjentów do: |
| 2 | 5 |
| 4 | 4 |
| 6 | 3 |
| 8 | 2 |
| 10 | 1 |

Załącznik Nr 8

**Kody porad i wizyt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp.  | Nazwa zakresu świadczeń | Nazwa świadczenia | Kod sprawozdawany\*  |
| 1 | świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym / opiekuńczo - leczniczym | porada lekarska w stacjonarnej opiece długoterminowej | 5.01.32.0000001 |
| 2 | świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dzieci i młodzieży /  opiekuńczo - leczniczym dla dzieci i młodzieży |
| 3 | świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie / opiekuńczo - leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie |
| 4 | świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie / opiekuńczo – leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie |
| 5 | świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie | domowa porada lekarska      | 5.01.29.0000001 |
| i |  | domowa wizyta pielęgniarki | 5.01.29.0000002 |
| 6 | świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie | domowa wizyta fizjoterapeuty | 5.01.29.0000003 |
| 7 | świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej  | wizyta pielęgniarki | 5.01.27.0800016 |
| \*kod sprawozdawany jest każdorazowo wraz z datą realizacji świadczeń |

**Uzasadnienie**

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Wydanie zarządzenia, którego materia dotychczas była uregulowana w zarządzeniu Nr 22/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 stycznia 2021 r. wynika z konieczności wprowadzenia do stosowania taryfy określonej w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z obszaru świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej dla świadczeń obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach, określoną przez Prezesa Agencji taryfę świadczeń wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem 4 miesięcy od dnia jej opublikowania.

Przepisy zarządzenia planuje się wprowadzić w życie z dniem 1 maja 2022 r.

Wprowadzone zmiany wpisują się w realizację celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

1. 1) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2120, 2232 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64 i 91. [↑](#footnote-ref-1)
2. 1) niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)