**ZARZĄDZENIE Nr** nr**/2022/**komórka

**PREZESA**

**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDRO**

z dnia $data\_podpisu\_EZD r.

**w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.[[1]](#footnote-1))) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Zarządzenie określa:

1) program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe udzielane w koordynowanej opiece nad świadczeniobiorcą ze stwardnieniem rozsianym (KOSM), zwany dalej „pilotażem”;

2) tryb zawierania umów o realizację pilotażu;

3) wzór umowy o realizację pilotażu;

4) warunki realizacji umów, o których mowa w pkt 2.

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

1) **AOS** –ambulatoryjną opiekę specjalistyczną;

2) **asystent opieki** – osobę z wykształceniem medycznym lub absolwenta studiów na kierunku zdrowie publiczne (licencjat lub magister zdrowia publicznego) zgłoszoną do rejestru absolwentów prowadzonego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) odpowiedzialnych za bezpośredni kontakt ze świadczeniobiorcą  w celu zapewnienia mu informacji o trybie i terminie udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnych z planem terapii;

3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

4) **konsultacje specjalistyczne** - świadczenie opieki zdrowotnej udzielane w dziedzinach medycyny zgodnie z § 7 pkt 5;

5) **koordynator terapii** – lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii zatrudnionego w ośrodku koordynującym oraz odpowiedzialnego za zaplanowanie i uzyskanie odpowiednich do stanu zdrowia świadczeniobiorcy świadczeń opieki zdrowotnej;

6) **Oddział Funduszu** –oddział wojewódzki Funduszu;

7) **Ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów określone w załączniku do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 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”;

8) **PVR** (Postvoid Residual Urine) - objętość moczu zalegającego w pęcherzu moczowym;

9) **EDSS** (Expanded Disability Status Scale) – skala przy wykorzystaniu której jest oceniany stan kliniczny chorego;

10) **świadczenia** **kompleksowe** – zakres świadczeń określony w niniejszym zarządzeniu w ramach którego realizowana i finansowana jest kompleksowa opieka nad świadczeniobiorcą skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz w zależności od wskazań medycznych różne formy rehabilitacji;

11) **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;

12) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów.

2.  Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie o świadczeniach oraz w Ogólnych warunkach umów.

**§ 3.** Celem pilotażu jest zbadanie możliwości uzyskania poprawy efektów terapii pacjentów z rozpoznanym stwardnieniem rozsianym (SM), w tym: ograniczania występowania rzutów i pojawiania się nowych zmian demielinizacyjnych, oraz cofnięcie istniejących już zmian w układzie nerwowym poprzez zmianę sposobu organizacji udzielania świadczeń i objęcie kompleksową opieką świadczeniobiorców z SM według rozpoznań ICD-10 G-35.

**§ 4.** Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogą być udzielane nie wcześniej niż od dnia 1 sierpnia 2022 r. i nie później niż do dnia 31 grudnia 2023 r.

**§ 5.** 1.Kompleksowa opieka nad świadczeniobiorcą ze stwardnieniem rozsianym (KOSM) obejmuje: postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz, w zależności od wskazań medycznych, różne formy rehabilitacji.

2. Celem terapeutycznym kompleksowej opieki jest stłumienie aktywności choroby – hamowanie jej postępu, ograniczanie występowania rzutów i pojawiania się nowych zmian demielinizacyjnych oraz cofnięcie istniejących już zmian w układzie nerwowym, w szczególności poprzez:

1. diagnostykę, w tym m.in. potwierdzenie rozpoznania stwardnienia rozsianego (SM) w sytuacji niejednoznacznej diagnozy, weryfikację rozpoznania rzutu choroby, kontrolne badania rezonansu magnetycznego MRI głowy lub kręgosłupa szyjnego lub piersiowego ;
2. terapię zgodnie ze wskazaniami klinicznymi:

a) u chorych z objawami znacznej spastyczności - zapewnienie dostępu do leczenia pompą baklofenową,

b) u chorych z objawami pęcherza neurogennego - zapewnienie dostępu do Programu Lekowego B.73. - Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza ICD-10N31;

1. ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (dostęp do lekarzy specjalistów);
2. kompleksową rehabilitację leczniczą;
3. opiekę z zakresu psychologii i psychiatrii;
4. współpracę z lekarzem i pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

**§ 6.** 1. KOSM skoordynowana przez jeden ośrodek koordynujący realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych lub podmiotach współpracujących w szczególności na podstawie umowy o podwykonawstwo. Ośrodek koordynujący obowiązany jest do opracowania schematu organizacyjnego koordynowanej opieki nad świadczeniobiorcą ze stwardnieniem rozsianym. Schemat ten wymaga akceptacji Oddziału Funduszu.

2. Wszystkie działania związane z opieką nad świadczeniobiorcą organizuje i nadzoruje ośrodek koordynujący, który w szczególności:

1) prowadzi diagnostykę, leczenie zachowawcze - zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w zakresie świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej;

2) opracowuje indywidualny plan leczenia świadczeniobiorcy, o którym mowa w § 21 ust. 3, obejmujący informacje na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich kolejności, przybliżonych terminów podjęcia leczenia oraz informacje dotyczące świadczeniodawców (ich lokalizacji), u których to leczenie będzie prowadzone – w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy dokonuje zmiany planu leczenia świadczeniobiorcy;

3) koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;

4) realizuje odpowiednią rehabilitację leczniczą, zgodnie ze stanem świadczeniobiorcy (stacjonarną/dzienną/ambulatoryjną);

5) prowadzi edukację dotyczącą stylu życia, czynników zwiększających ryzyko postępu choroby;

6) zapewnia lub koordynuje udzielanie świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;

7) zapewnia świadczeniobiorcy możliwość niezwłocznego kontaktu z ośrodkiem koordynującym zgodnie z harmonogramem pracy personelu ośrodka;

8) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;

9) prowadzi sprawozdawczość z wykonanych świadczeń z zakresu diagnostyki;

10) po zakończeniu udzielania świadczenia przekazuje informacje lekarzowi POZ lub z AOS o świadczeniach zalecanych świadczeniobiorcy.

**§ 7.** Warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji:

1) liczba świadczeniobiorców z rozpoznanym stwardnieniem rozsianym (SM) objętych opieką jednego ośrodka koordynującego obejmuje minimum 400 osób;

2) liczba świadczeniobiorców poddanych leczeniu w ramach programów lekowych dedykowanych pacjentom z SM nie może być niższa niż 30% w stosunku do całkowitej liczby świadczeniobiorców objętych leczeniem przez ośrodek koordynujący z rozpoznaniami wskazanymi, o których mowa w § 3, w roku poprzedzającym przystąpienie do programu pilotażowego.

3) zapewnienie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynującego:

1. oddziału szpitalnego o profilu neurologicznym,
2. poradni neurologicznej,
3. poradni okulistycznej,
4. poradni rehabilitacyjnej,
5. ośrodka rehabilitacji dziennej albo zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji dziennej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach,
6. oddziału rehabilitacji stacjonarnej albo zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji stacjonarnej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach,
7. poradni położniczo – ginekologicznej, urologicznej, logopedycznej, psychiatrycznej, psychologicznej (jeśli w poradni psychiatrycznej jest zapewniony personel – psycholodzy, zgodnie z zał. 6 do rozporządzenia Dz. U. z 2019 r. poz. 1285, to nie jest wymagane zapewnienie poradni psychologicznej): możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach;

4) zapewnienie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynacyjnego (na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach) personelu - lekarzy specjalistów niezbędnych do realizacji programu opieki koordynowanej;

5) personel:

a) koordynator terapii - lekarz specjalista w dziedzinie neurologii, zatrudniony w ośrodku koordynującym, odpowiedzialny za ustalenie planu opieki, opiekę nad świadczeniobiorcą (w trybie ambulatoryjnym, dziennym lub stacjonarnym, w tym w zakresie programów terapeutycznych) oraz za zakwalifikowanie i dyskwalifikację świadczeniobiorcy do lub z opieki koordynowanej,

b) asystent opieki - osoba z wyksztalceniem medycznym lub absolwent studiów na kierunku zdrowie publiczne (licencjat lub magister zdrowia publicznego) zgłoszona do rejestru absolwentów prowadzonego przez NIZP-PZH. Do obowiązków takiej osoby należy:

- zbieranie informacji (ewentualne zgłoszenie problemów w zakresie codziennego funkcjonowania):

 - - cyklicznie co 6 miesięcy lub w razie uzasadnionej potrzeby z inicjatywy świadczeniobiorcy lub jego rodziny lub opiekunów,

 - - cyklicznie co 6 miesięcy lub w razie uzasadnionej potrzeby - uzgadnianie wizyty z neurologiem:

 - ustalanie wizyt u innych lekarzy według wskazań lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii,

 - ustalanie cyklu rehabilitacyjnego według wskazań lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub fizjoterapeuty,

- pomoc w prowadzeniu dokumentacji medycznej,

- monitorowanie realizacji leczenia zgodnie z wcześniej ustalonym jego planem,

- wsparcie pacjenta w uzyskaniu pomocy socjalnej,

c) neurolog - lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii. Do zadań tego lekarza należy w szczególności: planowa kontrola zastosowanego leczenia pacjenta, która przeprowadzana jest cyklicznie co 6 miesięcy lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki, badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe, w tym EDSS, PVR, analiza nowej dokumentacji medycznej (jeżeli dotyczy), ustalanie wskazań do wykonania dodatkowych badań diagnostycznych jak i ustalanie wskazań do zastosowania lub modyfikacji leczenia farmakologicznego związanego z SM i jego objawami oraz ustalanie wskazań do wizyt u innych lekarzy,

d) lekarz rehabilitacji – lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji. Do zadań tego lekarza należy w szczególności: uzupełnienie wywiadu lekarskiego (mobilność, sprawność manualna), identyfikacja problemów funkcjonalnych przy czym:

- pierwsza wizyta lekarza odbywa się po włączeniu do opieki koordynowanej, następnie dwa razy w roku oraz w razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta i po wskazaniu przez lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii oraz

- poza wizytą kwalifikującą do rehabilitacji, podczas każdego cyklu rehabilitacyjnego odbywają się co najmniej 2 spotkania z lekarzem, tj. w dniu rozpoczęcia terapii (ustalanie celu i planu rehabilitacji) oraz po zakończeniu terapii (ustalanie efektów cyklu rehabilitacyjnego, celu i planu usprawniania pozainstytucjonalnego),

e) fizjoterapeuta - do jego zadań należy w szczególności:

- zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego,

- ocena i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii,

- badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii lub postępowania fizjoterapeutycznego,

- końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii,

- udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.

Długość terapii - po każdym obniżeniu stanu funkcjonalnego (w ciągu 3-6 tygodni od pogorszenia) lub do 50 spotkań w ciągu roku w celu utrzymywania stanu funkcjonalnego na dotychczasowym poziomie – ponowna ewaluacja, co 3 miesiące. W sytuacji odbycia rehabilitacji w trybie stacjonarnym – ponowna ewaluacja po powrocie ze szpitala,

f) okulista – lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie okulistyki. Do zadań tego lekarza należy w szczególności: planowa kontrola, która odbywa się minimum 1 raz w roku lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki lub według zaleceń lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii, badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe, w tym badanie okulistyczne neurooftalmologiczne, badanie dna oka, badanie ostrości wzroku, badanie diagnostyczne OCT i wzrokowych potencjałów wywołanych,

g) urolog - lekarz specjalista w dziedzinie urologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie urologii. Do zadań tego lekarza należy w szczególności: planowa kontrola, która jest przeprowadzana minimum 1 raz w roku lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki lub według zaleceń neurologa. Ponadto do zadań lekarza należy badanie podmiotowe, przedmiotowe, w tym USG pęcherza moczowego oraz ocena występowania neurogennych zaburzeń mikcji, w razie wskazań – założenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego lub jego wymiana,

h) ginekolog - lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Do zadań tego lekarza należy w szczególności: planowa kontrola, która jest przeprowadzana w zależności od potrzeb (wskazań medycznych)~~,~~ badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe, w tym badanie USG macicy i przydatków oraz badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy; w razie potrzeby usunięcie bądź założenie wkładki wewnątrzmacicznej,

i) psychiatra - lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrycznej. Badanie psychiatryczne lekarza przeprowadza się 1 raz w roku lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki. W przypadku leczenia psychiatrycznego poza pilotażem świadczeniobiorca przedstawia asystentowi opieki zaświadczenie o rozpoznaniu i stosowanej terapii,

j) psycholog - planowaną kontrolę przeprowadza się minimum 1 raz w roku lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki,

k) neurologopeda albo logopeda - konieczna obecność w razie wskazań do odbycia rehabilitacji,

l) psycholog kliniczny,

ł) pielęgniarka.

**§ 8.** Organizacja udzielania świadczeń:

1) kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w pilotażu dokonuje zespół terapeutyczny ośrodka koordynującego w składzie: koordynator terapii oraz lekarz rehabilitacji albo fizjoterapeuta;

2) zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń dostępu do opieki lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub neurologii – w przypadku świadczeń stacjonarnych, ustalone zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;

3) zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń całodobowej opieki pielęgniarskiej – w przypadku świadczeń stacjonarnych;

4) zapewnienie dostępu do usług rehabilitacyjnych zgodnego z indywidualnym programem opracowanym dla świadczeniobiorcy – godziny pracy personelu niezbędnego dla zapewnienia opieki odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń ustalone zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;

5) zapewnienie dostępu do:

a) konsultacji specjalistycznych,

b) badań obrazowych (RTG, TK, NMR, urodynamicznych),

c) badań laboratoryjnych,

d) asystenta opieki zgodnie z harmonogramem pracy personelu ośrodka koordynującego;

5) zapewnienie współpracy podwykonawców udzielających świadczeń z ośrodkiem koordynującym.

6) Świadczeniodawca, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w uprzednim pilotażu, jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o czasie trwania i dacie zakończenia opieki kompleksowej. Wydane zaświadczenie uprawnia świadczeniobiorcę do kontynuowania opieki kompleksowej na zasadach określonych w niniejszym zarządzeniu. Za wydanie zaświadczenie świadczeniobiorca nie ponosi opłaty.**§ 9.** 1. Realizatorem pilotażu (ośrodkiem koordynującym) może być świadczeniodawca realizujący umowę z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, zwanej dalej „umową”.

2. Realizator pilotażu jest obowiązany do:

1. przekazania danych, o których mowa w § 23, niezbędnych do sfinansowania i rozliczenia pilotażu;
2. sporządzenia sprawozdania dla Oddziału Funduszu dotyczącego wskaźników realizacji pilotażu, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 12** do zarządzenia.

3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 2 pkt 2, są sporządzane:

1. okresowo - po każdym roku realizacji pilotażu;
2. cząstkowo - po każdym kwartale realizacji pilotażu (na podstawie danych narastająco od początku funkcjonowania pilotażu).

**§ 10.** Wskaźnikami realizacji pilotażu są:

1) średnia i mediana czasu od rozpoznania do włączenia leczenia modyfikującego przebieg choroby;

2) średnia i mediana tempa zmiany niepełnosprawności świadczeniobiorców (skala EDSS);

3) średnia i mediana częstości hospitalizacji;

4) średnia i mediana długości hospitalizacji;

5) średnia i mediana liczby chorych konsultowanych przez specjalistów;

6) średnia i mediana liczby konsultacji u pacjenta;

7) odsetek chorych rehabilitowanych;

8) odsetek chorych skierowanych na konsultacje;

9) liczba zdeklarowanych świadczeniobiorców.

**§ 11.** 1. Na podstawie sprawozdań, o których mowa w § 9 ust. 3, przekazywanych przez ośrodek koordynujący, Oddział Funduszu dokonuje pomiaru wskaźników realizacji pilotażu oraz sporządza raport zawierający ich ocenę, uwzględniając także ocenę kosztów oraz efekty realizacji pilotażu dla każdego z realizatorów odrębnie.

2. Raport zbiorczy sporządzony na podstawie sprawozdań okresowych, o których mowa w § 9 ust. 3 pkt 1, każdorazowo po jego sporządzeniu, Centrala Funduszu niezwłocznie przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

**§ 12.**  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 z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

1. 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne;
2. 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
3. 85312100-0 Usługi opieki dziennej;
4. 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne;
5. 85312500–4 Usługi rehabilitacyjne;
6. 85111400–4 Usługi szpitalne rehabilitacyjne;
7. 85142100-7 Usługi fizjoterapii.

**§ 13.**1. Realizacja i finansowanie pilotażu odbywa się na podstawie umowy zawieranej między realizatorem pilotażu a dyrektorem Oddziału Funduszu.

2. O przyjęciu świadczeniodawcy do realizacji pilotażu decyduje dyrektor Oddziału Funduszu na podstawie wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe KOSM, biorąc pod uwagę spełnianie przez świadczeniodawcę warunków, o których mowa w § 7 oraz wymagań określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

3. Dyrektor Oddziału Funduszu zawiera umowę, o której mowa w ust. 1, mając na uwadze zabezpieczenie potrzeb świadczeniobiorców na danym terenie, posiadane środki finansowe oraz kolejność zgłoszeń świadczeniodawców, o których mowa w ust. 2.

4. Dyrektor Oddziału Funduszu może podpisać umowę z nie więcej niż dwoma ośrodkami koordynującymi.

5. Po upływie roku od dnia realizacji pilotażu Oddział Funduszu dokonuje weryfikacji świadczeniodawców realizujących pilotaż w oparciu o sprawozdania i raport o których mowa w § 11.

**§ 14.** 1. Wzór umowy określony jest w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

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

**§ 15.** 1. W celu zawarcia umowy świadczeniodawca, o którym mowa w § 9, zwany dalej również „wnioskodawcą”, składa w Oddziale Funduszu właściwym ze względu na obszar udzielania świadczeń, wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe KOSM.

2. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1, określony jest w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

3. Wniosek składa się w ciągu 14 dni od wejścia w życie zarządzenia.

4. Oddział Funduszu w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku, weryfikuje spełnienie przez świadczeniodawcę warunków wymaganych do realizacji programu pilotażowego KOSM.

**§ 16.** 1.Do zawarcia umowy wymaga się dołączenia do wniosku, o którym mowa w § 15, następujących dokumentów:

1) oświadczenia wnioskodawcy, zgodnego ze wzorem określonym w **załączniku nr 4** do zarządzenia;

2) oświadczenia wnioskodawcy o wpisach do rejestrów, zgodnego ze wzorem określonym w **załączniku nr 5** do zarządzenia;

3) w przypadku wnioskodawców wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopię umowy spółki lub wyciągu z tej umowy zawierających postanowienia o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;

4) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskodawcę umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania; świadczeniodawca może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym oświadczenie w przedmiocie obowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy;

5) kopię umowy z podwykonawcą lub z podwykonawcami (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy lub podwykonawców do jej zawarcia z wnioskodawcą, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach;

6) oświadczenia wnioskodawcy w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy – w sytuacji, w której nie zostanie złożony dokument, o którym mowa w pkt 5.;Wzór oświadczenia stanowi **załącznik nr 6** do zarządzenia;

7) wniosek w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony jest w **załączniku nr 7** do zarządzenia;

8) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy, w szczególności do złożenia wniosku, o którym mowa w § 15 – w przypadku gdy wnioskodawca jest reprezentowany przez pełnomocnika.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, składane przez wnioskodawcę potwierdzają stan faktyczny i prawny istniejący w dniu ich złożenia.

3. Wnioskodawca albo osoby uprawnione do reprezentowania wnioskodawcy poświadczają kopie dokumentów za zgodność z oryginałem.

4. Dyrektor Oddziału Funduszu może zażądać przedstawienia oryginału dokumentu w sytuacji, w której kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej zgodności z oryginałem, a brak jest możliwości weryfikacji jej prawdziwości w inny sposób.

 5. Formularz wniosku, o którym mowa w § 15, składa się w zamkniętej kopercie oznaczonej: „Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe KOSM”.

6. W przypadku wystąpienia braków formalnych wniosku, dyrektor oddziału Funduszu wzywa wnioskodawcę do ich usunięcia wskazując termin dokonania tej czynności.

7. W przypadku wezwania, o którym mowa w ust. 6, wnioskodawca obowiązany jest do usunięcia braków we wniosku, w terminie określonym w wezwaniu.

8. Termin usunięcia braków uważa się za zachowany, w sytuacji doręczenia dokumentów do siedziby Oddziału Funduszu najpóźniej do godz. 16.00 w dniu określonym w wezwaniu do usunięcia braków.

9. Uzupełnienie braków w złożonym wniosku składa się w zamkniętej kopercie lub paczce oznaczonej: „Usunięcie braków wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe KOSM”.

**§ 17.** 1. W przypadku pozytywnej oceny wniosku, o którym mowa w § 15, dyrektor Oddziału Funduszu ustala z wnioskodawcą kwotę zobowiązania na pierwszy okres rozliczeniowy. Ustalenie kwoty, o której mowa w zdaniu pierwszym, stanowi warunek zawarcia umowy.

2. Dyrektor Oddziału Funduszu przesyła wnioskodawcy projekt umowy w celu jej podpisania albo informuje wnioskodawcę o możliwości zawarcia umowy w siedzibie Oddziału Funduszu.

3. W przypadku negatywnej oceny wniosku, dyrektor Oddziału Funduszu informuje wnioskodawcę o przyczynie odmowy zawarcia umowy.

4. Dyrektor Oddziału Funduszu ma prawo do przeprowadzenia czynności sprawdzających u wnioskodawcy w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy, w celu sprawdzenia stanu przedstawionego we wniosku.

5. Czynności sprawdzające, o których mowa w ust. 4, przeprowadza, po uprzednim powiadomieniu wnioskodawcy, co najmniej dwóch upoważnionych członków powołanego przez dyrektora Oddziału Funduszu „Zespołu do oceny wniosków”, w obecności wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej.

6. Osoby przeprowadzające czynności sprawdzające, o których mowa w ust. 5, sporządzają protokół z tych czynności, potwierdzony przez wnioskodawcę lub osobę przez niego upoważnioną.

**§ 18.**  1. Świadczeniodawca realizujący umowę, obowiązany jest spełniać wymagania w szczególności, o których mowa w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

2. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy wszystkich miejsc udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń realizowanych na podstawie umowy.

3. Świadczenia w ramach pilotażu realizowane są przez osoby zgłoszone do harmonogramu pracy personelu w ramach umów o udzielanie świadczeń w zakresach stanowiących elementy świadczeń z zakresu kompleksowej opieki.

4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do poinformowania świadczeniobiorcy o przysługujących mu w ramach pilotażu KOSM świadczeniach opieki zdrowotnej w oparciu o informacje określone w **załączniku nr 8** do zarządzenia.

**§ 19.** 1. Podwykonawców, udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy realizującego pilotaż wskazuje się w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w załączniku nr 2 do umowy.

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania określone w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

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

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

**§ 20.** 1. 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.

2. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca zobowiązany 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.

3. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

4. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 2, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na niego karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 4 **załącznika nr 2** do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

5. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie odrębnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartej z dyrektorem Oddziału Funduszu, upoważnienie, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w związku z zawarciem takiej umowy, zachowuje ważność.

**§ 21.** 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.

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

3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do sporządzenia indywidualnego planu leczenia świadczeniobiorcy zakwalifikowanego do KOSM oraz uzyskania zgody, o której mowa w art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 i 1128).

4. Wzór formularza indywidualnego planu leczenia, o którym mowa w ust. 3, jest określony w **załączniku nr 9** do zarządzenia.

5. Świadczeniodawca w ramach sprawowanej opieki wyznacza świadczeniobiorcy koordynatora terapii oraz asystenta opieki.

6. Lekarz prowadzący leczenie albo koordynator terapii informuje lekarza, który wystawił skierowanie do poradni neurologicznej o podjętym przez świadczeniobiorcę leczeniu w ramach programu pilotażowego.

7 . Świadczeniodawca prowadzi wykaz świadczeniobiorców, którzy zakwalifikowani zostali do leczenia w ramach pilotażu. Wzór sprawozdania dotyczący zakresu danych świadczeniobiorców jest określony w **załączniku nr 13** do zarządzenia.

 **§ 22.**1.Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania produktów rozliczeniowych jest punkt.

2. Katalog świadczeń i produktów jednostkowych dedykowanych do rozliczania i sprawozdawania udzielonych świadczeń jest określony w **załączniku nr 10** do zarządzenia.

3. Kwota zobowiązania w odniesieniu do zakresu – świadczenia kompleksowe KOSM - obejmuje łącznie wszystkie świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zgodnie z załącznikiem nr 10 – katalog produktów rozliczeniowych KOSM.

4 . W przypadku zrealizowania przez świadczeniodawcę procedur z katalogu określonego w **załączniku nr 11** do zarządzenia, stanowiących nie mniej niż połowę zaplanowanych w skali roku w planie opieki usług – rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,3.

**§ 23.** 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym przekazany w oparciu o narzędzie informatyczne udostępniane przez Fundusz.

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. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym wymaganych informacji zgodnie z zasadami sprawozdawczości.

4. Informacje, o których mowa w ust. 3, winny być zgodne z danymi:

1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wydanym na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

2) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej - MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów wydanego na podstawie ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 649 i 730);

3) określonymi w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz.151 i 1669).

5. Spełnienie wymagań, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 3, stanowi warunek rozliczenia świadczeń.

6.  Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń i produktów rozliczeniowych. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające produktom rozliczeniowym określonym w **załączniku nr 10** do zarządzenia, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

7. Informacje dotyczące algorytmu JGP oraz obowiązującej w danym okresie sprawozdawczym wersji ICD-9, ogłaszane są przez Prezesa Funduszu.

8. Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie przez podmiot realizujący umowę w ramach świadczeń udzielonych pacjentowi włączonemu doKOSM, związanych z diagnostyką oraz leczeniem zachowawczym w stwardnieniu rozsianym, obejmującym zgodnie ze stanem klinicznym rehabilitację, psychiatrię oraz opiekę ambulatoryjną, będących przedmiotem zakresu tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że postanowienia **załączników nr 11, 11a i 11b** do zarządzenia stanowią inaczej.

9.Poszczególne elementy opieki kompleksowej realizowane zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjenta w ramach leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji oraz opieki psychiatrycznej finansowane są odrębnie.

**§ 24.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

 **PREZES**

 **NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

$EZD\_PODPIS\_IMIENAZWISKO

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
*/Dokument podpisano elektronicznie/*

**Spis załączników**:

1. Załącznik nr 1 – Warunki wymagane do zawarcia umowy;
2. Załącznik nr 2 – Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pilotażu KOSM;
3. Załącznik nr 3 – Wzór wniosku o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego;
4. Załącznik nr 4 – Oświadczenie wnioskodawcy;
5. Załącznik nr 5 – Oświadczenie wnioskodawcy o wpisach do rejestrów;
6. Załącznik nr 6 - Oświadczenie wnioskodawcy o samodzielnym wykonywaniu umowy;
7. Załącznik nr 7 – Wniosek w sprawie rachunku bankowego;
8. Załącznik nr 8 –Deklaracja o przystąpieniu do programu pilotażowego KOSM u wskazanego świadczeniodawcy;
9. Załącznik nr 9 – Formularz indywidualnego planu leczenia w ramach KOSM;
10. Załącznik nr 10 – Katalog produktów rozliczeniowych KOSM;
11. Załącznik nr 11 - Opis uzupełniający przedmiotu umowy KOSM;
12. Załącznik nr 11a – Charakterystyka grup rehabilitacyjnych;
13. Załącznik nr 11b – Wybrane kody procedur ICF stosowanych u osób chorych na SM;
14. Załącznik nr 12 – Wzór sprawozdania dotyczący wskaźników realizacji pilotażu;
15. Załącznik nr 13 – Wzór sprawozdania dotyczący zakresu danych świadczeniobiorców.
1. ) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552,1669, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 399, 447, 730, 752 i 1078. [↑](#footnote-ref-1)