Określenie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

NFZ.2022.55 z dnia 2022.04.25

Status: Akt obowiązujący

Wersja od: 1 stycznia 2023r.

**Wejście w życie:**

1 maja 2022 r.

**ZARZĄDZENIE Nr 55/2022/DSOZ**

**PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

**z dnia 25 kwietnia 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 ) 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** - jednostkę 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 świadczenia 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 ogólnych warunkach umów;

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 załączniku nr 2 i 3 do rozporządzenia;

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 oraz z 2022 r. poz. 655);

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 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 oraz przepisami 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 w skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (np. w przypadku 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;

3a) 2  w przypadku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca przed złożeniem dokumentów rozliczeniowych, obowiązany jest do ustalenia, czy nie nastąpił wypis świadczeniobiorcy ze szpitala lub zgon świadczeniobiorcy;

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; powrót ze szpitala do zakładu opiekuńczego, traktowany jest jako kontynuacja opieki;

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 uwzględnić ocenę wynikającą z zastosowania 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 jednoczasowo 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. Fundusz nie finansuje kosztów wyżywienia i zakwaterowania w zakładach opiekuńczych, 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 w zakresie świadczeń w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie,

b) tlenoterapii w warunkach domowych w zakresie 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 realizowanych przez:

a) lekarzy zatrudnionych w zakładach opiekuńczych, posiadających specjalizacje lub będących w trakcie specjalizacji, w dziedzinach medycyny określonych w przepisach rozporządzenia,

b) logopedów zatrudnionych w zakładach opiekuńczych, posiadających kwalifikacje określone 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 2022 r. poz. 463 i 583), 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.**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.

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

**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 nowego zarządzenia, zastępującego zarządzenie 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.

W przepisach zarządzenia (§ 14 ust. 4) dookreślono kwestie rozliczania świadczeń realizowanych przez logopedów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Zgodnie bowiem z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, z późn. zm.) pacjent przebywający w zakładzie opiekuńczym ma już bowiem zagwarantowane świadczenia udzielane przez logopedę.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia został poddany konsultacjom zewnętrznym w terminie 25 luty - 14 marca 2022 r. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W trakcie konsultacji, uwagi do projektu zgłosiło 14 podmiotów. Uwzględniono uwagę dotyczącą nadania tytułu załącznikowi nr 5 "Karta wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej".

Zarządzenie wchodzi 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.

**ZAŁĄCZNIKI**

**ZAŁĄCZNIK Nr  1**

**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 punkt. | | | | | | | |

**ZAŁĄCZNIK Nr  2**

**Umowa Nr .../...**

**- 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 3  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 Funduszu, 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.

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 2022 r. poz. 463, 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 umowną 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**

**Plan rzeczowo-finansowy**

grafika

**Załącznik Nr  2**

**HARMONOGRAM-ZASOBY**

grafika

**Załącznik Nr  3**

**Wykaz podwykonawców**

grafika

**Załącznik Nr  4**

**Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego**

grafika

**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 wizyty  od - 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 | Do  godz 00 | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* właściwe podkreślić

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

**ZAŁĄCZNIK Nr  5**

**KARTA WIZYT PIELĘGNIARKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ**

(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 późn. 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 | | | |

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, 91, 526, 583, 655 i 807.

2 § 13 pkt 3a dodany przez § 1 zarządzenia nr 156/2022/DSOZ z dnia 30 listopada 2022 r. (NFZ.2022.156) zmieniającego nin. zarządzenie z dniem 1 stycznia 2023 r.

3 niepotrzebne skreślić