

**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 pielęgnacyjnego i opiekuńczego 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);

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.

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 Upoważnień 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 wnioski, 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 pobyków 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; 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 pielęgniarstwa 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 jednocześnie 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 jednocześnie 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. Żywnienie 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 jednocześnie 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.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**
Bernard Waśko
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 55/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 25 kwietnia 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 żywnoego 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 żywnoego dojelitowo	5.15.00.0000186	9,60	x
			punkt	osobodzień pobytu w ZPO/ ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywnoego 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	14.5171.029.04	punkt	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie	5.15.00.0000168	x	14,44

	mechanicznie / opiekuńczo - lecznym dla dzieci wentylowanych mechanicznie			osobdzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie i żywionych dojelitowo	5.15.00.0000195	17,90	x
				osobdzień 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	osobdzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną	5.15.00.0000171	x	5,41
				osobdzień 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
				osobdzień 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
				osobdzień 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
				osobdzień 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	14.2141.029.04	punkt	osobdzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną	5.15.00.0000174	x	5,57

	mechanicznie			osobodzeń 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 pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej	14.2142.026.04	punkt	osobodzeń za świadczenia pielęgniarstwa w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania	5.15.00.0000144	x	1,0
			punkt	osobodzeń za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarstwie w 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 pielęgniarstwa w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania", któremu przyporządkowano wartość taryfy równą punkt.

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 55/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 25 kwietnia 2022 r.

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/pełnomocnictw¹⁾ 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.

¹⁾niepotrzebne skreślić

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

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

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 nr****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 2022 r. poz. 633, 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

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 (część 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 Załącznika Nr 2

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 do zarządzenia Nr 55/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 25 kwietnia 2022 r.

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 do zarządzenia Nr 55/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 25 kwietnia 2022 r.

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

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

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, odmóżdzenie (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 – odmóżdzenie

·GCS 3 – śmierć mózgowa

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

Załącznik Nr 7 do zarządzenia Nr 55/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 25 kwietnia 2022 r.

Zasady rozliczeń w zakresie świadczeń: pielęgnarska opieka długoterminowa domowa, określające dopuszczalną maksymalną liczbę świadczeniobiorców przebywających pod tym samym adresem i pod różnymi adresami, objętych jednocześnie opieką przez pielęgniarke 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 do zarządzenia Nr 55/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 25 kwietnia 2022 r.

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		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 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.