**Załączniki do zarządzenia Nr 196/2021/DSOZ Prezesa NFZ**

**z dnia 10 grudnia 2021 r.**

**Załącznik nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Katalog  świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej** | | | | | | | |
| **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* | *8* |
| 1 | świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym | 15.4180.021.02 | punkt | osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym | 5.15.00.0000146 | x | 6,10 |
| osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo | 5.15.00.0000147 | 7,95 | x |
| osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo | 5.15.00.0000148 | 9,80 | x |
| 2 | świadczenia w hospicjum domowym | 15.2180.027.02 | punkt | osobodzień w hospicjum domowym | 5.15.00.0000149 | x | 1,00 |
| 3 | świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci | 15.2181.027.02 | punkt | osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci | 5.15.00.0000150 | x | 1,60 |
| 4 | porada w poradni medycyny paliatywnej | 15.1180.007.02 | punkt | porada w poradni medycyny paliatywnej | 5.15.00.0000151 | x | 0,99 |
| 5 | perinatalna opieka paliatywna\*\* | 15.2181.028.02 | punkt | porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki | 5.15.00.0000161 | x | 25,82 |
| \* 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 opieka paliatywna i hospicyjna oraz załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 czerwca 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.  Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. osobodzień w hospicjum domowym, któremu przyporządkowano wartość równą 1 punkt. \*\* świadczenie rozliczane za kompleksową opiekę, liczba porad i konsultacji dostosowana do potrzeb dziecka i rodziców dziecka | | | | | | | |

**Załącznik nr 2**

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

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

-  **OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA**

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[[1]](#footnote-1)1) nr ………....... z dnia …………… / i nr ............. z dnia …........../, zwanym dalej „Funduszem”.

**a**

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

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

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

**PRZEDMIOT UMOWY  
§ 1.**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, 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 opieki paliatywnej i hospicyjnej, wydanym na podstawie art. 31 d ustawy o świadczeniach,

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

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

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

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ  
§ 4.**

**§ 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. 4 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4d, 4e Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

**KARY UMOWNE  
§ 6.**

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

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

3. W przypadku wystawienia zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.), finansowanych w całości lub w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia, 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 ust. 4 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4d, 4e Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na świadczeniodawcę karę umowna w wysokości 5% tych środków.

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

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

**OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

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

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

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

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

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

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

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

Wykaz załączników do umowy:

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

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

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

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

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

**Świadczeniodawca Fundusz**

**Załącznik nr 1 do umowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr   
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia .................... 2021 r.

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

**Załącznik nr 3 do umowy**

**Wykaz podwykonawców**

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

**Załącznik nr 4 do umowy**

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

**Załącznik nr 3**

**KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO**

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

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

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

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

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA:

1) porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w miesiącu;

2) wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w tygodniu;

3) pozostały personel (fizjoterapeuta, psycholog) – porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego;

4) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę z zespołu hospicjum domowego.\*

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

\* zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742, ze zm.).

\*\* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 4** | | | |
| **Kody do sprawozdawania porad i wizyt lekarskich,  pielęgniarskich, fizjoterapeuty i psychologa** | | | |
| **Lp.** | **Nazwa zakresu świadczeń** | **Nazwa świadczenia** | **Kod sprawozdawany\*** |
| 1 | świadcznia w hospicjum domowym   świadcznia w hospicjum domowym dla dzieci | porada lekarska w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej | 5.01.29.0000001 |
| wizyta pielęgniarki w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej | 5.01.29.0000002 |
| wizyta fizjoteraputy w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej | 5.01.29.0000003 |
| porada psychologa w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej | 5.01.29.0000004 |
| 2 | porada w poradni medycyny paliatywnej | porada lekarska w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej | 5.01.29.0000001 |
| wizyta pielęgniarki w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej | 5.01.29.0000002 |
| porada psychologa w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej | 5.01.29.0000004 |
| porada lekarska wykonana w poradni medycyny paliatywnej | 5.01.31.0000001 |
| wizyta pielęgniarki wykonana w poradni medycyny paliatywnej | 5.01.31.0000002 |
| porada psychologa wykonana w poradni medycyny paliatywnej | 5.01.31.0000003 |
| 3 | Perinatalna opieka paliatywna | porada i konsultacja lekarska | 5.15.00.0000163 |
| porada psychologiczna | 5.15.00.0000164 |
| \* kod sprawozdzawany jest każdorazowo wraz z datą realizacji świadczeń | | | |

1. 1) niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)