

**ZARZĄDZENIE NR 110/2022/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 29 sierpnia 2022 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe udzielane w koordynowanej opiece nad świadczenioborcą ze stwardnieniem rozsianym (KOSM), zwany dalej „pilotażem”;
- 2) tryb zawierania umów o realizację pilotażu;
- 3) wzór umowy o realizację pilotażu;
- 4) warunki realizacji umów, o których mowa w pkt 2.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **AOS** – ambulatoryjną opiekę specjalistyczną;
- 2) **asystent opieki** – osobę z wykształceniem medycznym lub z wykształceniem wyższym na kierunku zdrowie publiczne zgłoszoną do Centralnego Rejestru Absolwentów Zdrowia Publicznego prowadzonego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowego Instytutu Badawczego (NIZP-PZH-PIB), odpowiedzialną za bezpośredni kontakt ze świadczenioborcą w celu zapewnienia mu informacji o trybie i terminie udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnych z planem leczenia;
- 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) **konsultacje specjalistyczne** - świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w dziedzinach medycyny, o których mowa w § 7 pkt 5 lit. a-i;
- 5) **koordynator terapii** – lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii zatrudnionego w ośrodku koordynującym oraz odpowiedzialnego za zaplanowanie i uzyskanie odpowiednich do stanu zdrowia świadczeniobiorcy świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) **Oddział Funduszu** – właściwy ze względu na obszar udzielania świadczeń oddział wojewódzki Funduszu;
- 7) **Ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów określone w załączniku do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 8) **PVR** (Postvoid Residual Urine) - objętość moczu zalegającego w pęcherzu moczowym;
- 9) **EDSS** (Expanded Disability Status Scale) – skala, przy wykorzystaniu której jest oceniany stan kliniczny chorego;
- 10) **świadczenia kompleksowe** – zakres świadczeń określony w niniejszym zarządzeniu, w ramach którego realizowana i finansowana jest kompleksowa opieka nad świadczenioborcą skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz, w zależności od wskazań medycznych, różne formy rehabilitacji;
- 11) **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;

¹⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1097, 1265, 1352 i 1700.

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

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

§ 3. Celem pilotażu jest zbadanie możliwości uzyskania poprawy efektów terapii pacjentów z rozpoznaniem stwardnieniem rozsianym (SM), w tym: ograniczania występowania rzutów i pojawiania się nowych zmian demielinizacyjnych oraz cofnięcie istniejących już zmian w układzie nerwowym, poprzez zmianę sposobu organizacji udzielania świadczeń i objęcie świadczeniobiorców z rozpoznaniem ICD-10 G35 kompleksową opieką.

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

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

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

- 1) diagnostykę, w tym m.in. potwierdzenie rozpoznania stwardnienia rozsianego (SM) w przypadku niejednoznacznej diagnozy, weryfikację rozpoznania rzutu choroby, kontrolne badania rezonansu magnetycznego (MRI) głowy lub kręgosłupa szyjnego lub piersiowego;
- 2) terapię zgodnie ze wskazaniami klinicznymi:
 - a) u chorych z objawami znacznej spastyczności - zapewnienie dostępu do leczenia z zastosowaniem pompy baklofenowej,
 - b) u chorych z objawami pęcherza neurogennego - zapewnienie dostępu do Programu Lekowego B.73. - Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza ICD-10 N31 Nerwowo-mięśniowa dysfunkcja pęcherza moczowego, niesklasyfikowana gdzie indziej;
- 3) ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (dostęp do lekarzy specjalistów);
- 4) kompleksową rehabilitację leczniczą;
- 5) opiekę z zakresu psychologii i psychiatrii;
- 6) współpracę z lekarzem i pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

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

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

- 1) prowadzi diagnostykę, leczenie zachowawcze - zgodnie ze wskazaniami medycznymi, w zakresie świadczeń wchodzących w zakres opieki kompleksowej;
- 2) opracowuje indywidualny plan leczenia świadczeniobiorcy, o którym mowa w § 21 ust. 3, obejmujący informacje na temat zaplanowanych rodzajów leczenia, ich kolejności, przybliżonych terminów podjęcia leczenia oraz informacje dotyczące świadczeniodawców (ich lokalizacji), u których to leczenie będzie prowadzone – w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy dokonuje się zmiany planu leczenia świadczeniobiorcy;
- 3) koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki;
- 4) realizuje rehabilitację leczniczą, z uwzględnieniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy (stacjonarną, w ośrodku/oddziale dziennym lub ambulatoryjną);
- 5) prowadzi edukację dotyczącą stylu życia, czynników zwiększających ryzyko postępu choroby;

- 6) zapewnia lub koordynuje udzielanie świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 7) zapewnia świadczeniobiorcy możliwość niezwłocznego kontaktu z ośrodkiem koordynującym zgodnie z harmonogramem pracy personelu ośrodka;
- 8) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 9) prowadzi sprawozdawczość z wykonanych świadczeń z zakresu diagnostyki;
- 10) po zakończeniu udzielania świadczenia przekazuje lekarzowi POZ lub z AOS informacje o świadczeniach zalecanych świadczeniobiorcy.

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

- 1) liczba świadczeniobiorców z rozpoznaniem stwardnieniem rozsianym (SM) objętych opieką jednego ośrodka koordynującego obejmuje minimum 300 osób;
- 2) liczba świadczeniobiorców poddanych leczeniu w ramach programów lekowych dedykowanych pacjentom z SM nie może być niższa niż 30% w stosunku do całkowitej liczby świadczeniobiorców objętych leczeniem przez ośrodek koordynujący z rozpoznaniem, o którym mowa w § 3, w roku poprzedzającym przystąpienie do pilotażu.
- 3) zapewnienie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynującego:
 - a) oddziału szpitalnego o profilu neurologicznym,
 - b) poradni neurologicznej,
 - c) poradni rehabilitacyjnej,
 - d) ośrodka lub oddziału rehabilitacji dziennej albo zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji dziennej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach,
 - e) oddziału rehabilitacji stacjonarnej albo zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji stacjonarnej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach,
 - f) poradni okulistycznej, położniczo – ginekologicznej, urologicznej, logopedycznej, psychiatrycznej oraz psychologicznej, z wyjątkiem przypadku, gdy w poradni psychiatrycznej świadczeń udziela psycholog spełniający warunki określone w załączniku nr 6 do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, nie jest wymagane zapewnienie poradni psychologicznej. Dostępność do poradni wymienionych w zdaniu pierwszym może być zapewniona na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach;
- 4) zapewnienie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynacyjnego (na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach) personelu - lekarzy specjalistów niezbędnych do realizacji programu opieki koordynowanej;
- 5) personel:
 - a) koordynator terapii - lekarz specjalista w dziedzinie neurologii, zatrudniony w ośrodku koordynującym, odpowiedzialny za ustalenie planu opieki, opiekę nad świadczeniobiorcą (w trybie ambulatoryjnym, dziennym lub stacjonarnym, w tym w zakresie programów terapeutycznych) oraz za zakwalifikowanie i dyskwalifikację świadczeniobiorcy do lub z opieki koordynowanej,
 - b) asystent opieki, do obowiązków którego należy:
 - zbieranie informacji (ewentualne zgłoszenie problemów w zakresie codziennego funkcjonowania):
 - cyklicznie co 6 miesięcy lub w razie uzasadnionej potrzeby z inicjatywy świadczeniobiorcy lub jego rodziny lub opiekunów,
 - cyklicznie co 6 miesięcy lub w razie uzasadnionej potrzeby,
 - uzgadnianie wizyty z neurologiem,
 - ustalanie wizyt u innych lekarzy według wskazań lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii,

- ustalanie cyklu rehabilitacyjnego według wskazań lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub fizjoterapeuty,
 - pomoc w prowadzeniu dokumentacji medycznej,
 - monitorowanie realizacji leczenia zgodnie z wcześniej ustalonym jego planem,
 - wsparcie pacjenta w uzyskaniu pomocy socjalnej,
- c) neurolog - lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii, do zadań którego należy w szczególności: planowa kontrola zastosowanego leczenia pacjenta, która przeprowadzana jest cyklicznie co 6 miesięcy lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki, badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe, w tym EDSS, analiza nowej dokumentacji medycznej (jeżeli dotyczy), ustalanie wskazań do wykonania dodatkowych badań diagnostycznych, w tym PVR jak i ustalanie wskazań do zastosowania lub modyfikacji leczenia farmakologicznego związanego z SM i jego objawami, a także ustalanie wskazań do wizyt u innych lekarzy,
- d) lekarz rehabilitacji – lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji, do zadań którego należy w szczególności: uzupełnienie wywiadu lekarskiego (mobilność, sprawność manualna), identyfikacja problemów funkcjonalnych przy czym:
- pierwsza wizyta lekarza odbywa się po włączeniu pacjenta do opieki koordynowanej, następnie dwa razy w roku oraz w razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta oraz po wskazaniu lekarza neurologa oraz
 - poza wizytą kwalifikującą do rehabilitacji, podczas każdego cyklu rehabilitacyjnego odbywają się co najmniej 2 spotkania z lekarzem, tj. w dniu rozpoczęcia terapii (ustalenie celu i planu rehabilitacji) oraz po zakończeniu terapii (ustalenie efektów cyklu rehabilitacyjnego, celu i planu usprawniania pozainstytucjonalnego),
- e) fizjoterapeuta - do jego zadań należy w szczególności:
- zaplanowanie postępowania fizjoterapeutycznego,
 - ocena i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii,
 - badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii lub postępowania fizjoterapeutycznego,
 - końcowa ocena i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii,
 - udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego.
- Długość terapii - po każdym obniżeniu stanu funkcjonalnego (w ciągu 3-6 tygodni od pogorszenia) lub do 50 spotkań w ciągu roku w celu utrzymywania stanu funkcjonalnego na dotychczasowym poziomie – ponowna ewaluacja, co 3 miesiące. W przypadku odbycia rehabilitacji w trybie stacjonarnym – ponowna ewaluacja po powrocie ze szpitala,
- f) okulista – lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie okulistyki, do którego zadań należy w szczególności: planowa kontrola, która odbywa się minimum 1 raz w roku lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki lub według zaleceń lekarza neurologa, badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe, w tym badanie okulistyczne neurooftalmologiczne, badanie dna oka, badanie ostrości wzroku, badanie diagnostyczne OCT i wzrokowych potencjałów wywołanych,
- g) urolog - lekarz specjalista w dziedzinie urologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie urologii, do którego zadań należy w szczególności: planowa kontrola, która jest przeprowadzana minimum 1 raz w roku lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki lub według zaleceń neurologa. Ponadto, do zadań lekarza należy badanie podmiotowe, przedmiotowe, w tym USG pęcherza moczowego oraz ocena występowania neurogennych zaburzeń mikcji, w razie wskazań – założenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego lub jego wymiana,

- h) ginekolog - lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii, do którego zadań należy w szczególności: planowa kontrola, która jest przeprowadzana w zależności od potrzeb (wskazań medycznych), badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe, w tym badanie USG macicy i przydatków oraz badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy; w razie potrzeby usunięcie bądź założenie wkładki wewnątrzmacicznej. W przypadku leczenia ginekologicznego poza pilotażem, realizator pilotażu informuje świadczeniobiorcę o konieczności przedstawienia asystentowi opieki zaświadczenia o rozpoznaniu i stosowanym leczeniu,
- i) psychiatra - lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. Badanie psychiatryczne przeprowadza się 1 raz w roku lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki. W przypadku leczenia psychiatrycznego poza pilotażem, realizator pilotażu informuje świadczeniobiorcę o konieczności przedstawienia zaświadczenia o rozpoznaniu i stosowanej terapii,
- j) psycholog - planowaną kontrolę przeprowadza się minimum 1 raz w roku lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki,
- k) neurologopeda albo logopeda - konieczna obecność w razie wskazań do odbycia rehabilitacji,
- l) psycholog kliniczny,
- ł) pielęgniarka.

§ 8. Organizacja udzielania świadczeń:

- 1) kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w pilotażu dokonuje zespół terapeutyczny ośrodka koordynującego w składzie: koordynator terapii oraz lekarz rehabilitacji albo fizjoterapeuta;
- 2) zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń dostępu do opieki lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub neurologii – w przypadku świadczeń stacjonarnych, ustalone zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 3) zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń całodobowej opieki pielęgniarskiej – w przypadku świadczeń stacjonarnych;
- 4) zapewnienie dostępu do usług rehabilitacyjnych zgodnego z indywidualnym programem opracowanym dla świadczeniobiorcy – godziny pracy personelu niezbędnego dla zapewnienia opieki odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń ustalone zgodnie z przepisami, o których mowa w pkt 2;
- 5) zapewnienie dostępu do:
 - a) konsultacji specjalistycznych,
 - b) badań obrazowych (RTG, TK, NMR, urodynamicznych),
 - c) badań laboratoryjnych,
 - d) asystenta opieki zgodnie z harmonogramem pracy personelu ośrodka koordynującego;
- 6) zapewnienie współpracy pomiędzy ośrodkiem koordynującym a podwykonawcami udzielającymi świadczeń.

§ 9. 1. Realizatorem pilotażu (ośrodkiem koordynującym) może być świadczeniodawca realizujący umowę z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, zwanej dalej „umową”.

2. Realizator pilotażu jest obowiązany do:

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

3. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, jest sporządzane:

- 1) okresowo - po każdym roku realizacji pilotażu;

2) częściowo - po każdym kwartale realizacji pilotażu (na podstawie danych narastająco od początku funkcjonowania pilotażu).

§ 10. Wskaźnikami realizacji pilotażu są:

- 1) średnia i mediana czasu od rozpoznania do włączenia leczenia modyfikującego przebieg choroby;
- 2) średnia i mediana tempa zmiany niepełnosprawności świadczeniobiorców (skala EDSS);
- 3) średnia i mediana częstości hospitalizacji;
- 4) średnia i mediana długości hospitalizacji;
- 5) średnia i mediana liczby chorych konsultowanych przez specjalistów;
- 6) średnia i mediana liczby konsultacji u pacjenta;
- 7) odsetek chorych rehabilitowanych;
- 8) odsetek chorych skierowanych na konsultacje specjalistyczne;
- 9) liczba zadeklarowanych świadczeniobiorców.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Wniosek składa się w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

4. Oddział Funduszu w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku, weryfikuje spełnienie przez wnioskodawcę warunków wymaganych do realizacji pilotażu.

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

- 1) oświadczenia wnioskodawcy, zgodnego ze wzorem określonym w **załączniku nr 4** do zarządzenia;
- 2) oświadczenia wnioskodawcy o wpisach do rejestrów, zgodnego ze wzorem określonym w **załączniku nr 5** do zarządzenia;
- 3) w przypadku wnioskodawców wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopię umowy spółki lub wyciągu z tej umowy zawierających postanowienia o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;
- 4) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskodawcę umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania; świadczeniodawca może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym oświadczenie w przedmiocie obowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- 5) kopię umowy z podwykonawcą lub z podwykonawcami (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy lub podwykonawców do jej zawarcia z wnioskodawcą, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach;
- 6) oświadczenia wnioskodawcy w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy – w przypadku, gdy nie zostanie złożony dokument, o którym mowa w pkt 5. Wzór oświadczenia stanowi **załącznik nr 6** do zarządzenia;
- 7) wniosek w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony jest w **załączniku nr 7** do zarządzenia;
- 8) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy, w szczególności do złożenia wniosku, o którym mowa w § 15 – w przypadku gdy wnioskodawca jest reprezentowany przez pełnomocnika.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca, w którym udzielane są świadczenia realizowane na podstawie umowy.

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

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

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

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

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

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

§ 20. 1. Przy udzielaniu świadczeń, realizator pilotażu obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

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

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

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

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

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

3. Realizator pilotażu jest obowiązany do sporządzenia indywidualnego planu leczenia świadczeniobiorcy zakwalifikowanego do leczenia w ramach pilotażu - KOSM oraz uzyskania zgody, o której mowa w art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 oraz z 2022 r. poz. 64 i 974).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wydanym na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej - MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 459 i 830);

3) określonymi w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657).

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

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

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

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

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

§ 24. 1. Świadczeniodawca, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zarządzenia, o którym mowa w § 25, jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o czasie trwania i dacie zakończenia udzielania świadczeń w ramach programu pilotażowego w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe KOSM.

2. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, stanowi podstawę do kontynuowania przez świadczeniobiorcę leczenia w ramach programu pilotażowego w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe KOSM na warunkach określonych w niniejszym zarządzeniu.

§ 25. 1. Traci moc zarządzenie Nr 93/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 lipca 2019 r. w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOSM.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/Dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 29 sierpnia 2022 r.

WARUNKI WYMAGANE DO ZAWARCIA UMOWY

Nazwa zakresu świadczeń
1. Kod zakresu: - KOMPLEKSOWA OPIEKA W STWARDNIENIU ROZSIANYM (KOSM)
1.1 WARUNKI WYMAGANE - realizacja świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 4 do rozporządzenia ministra właściwego spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydanego na podstawie art. 31d 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”.
Realizacja świadczeń, zgodnie z indywidualnym stanem klinicznym pacjenta z rozpoznaniem wg ICD-10: G35 obejmuje: 1) leczenie szpitalne, 2) rehabilitację stacjonarną, dzienną, ambulatoryjną, 3) ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, 4). leczenie psychiatryczne.
1.1.1 WARUNKI WYMAGANE DLA LECZENIA SZPITALNEGO - zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.
1.1.2 WARUNKI WYMAGANE DLA REHABILITACJI STACJONARNEJ, DZIENNEJ, AMBULATORYJNEJ - zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach
1.1.3 WARUNKI WYMAGANE DLA AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ - zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.
1.1.4 WARUNKI WYMAGANE DLA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ I LECZENIA UZALEŻNIEŃ - zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.
1.2 WARUNKI WYMAGANE do zawarcia umowy

<p>1.2.1 Wymagania formalne</p>	<p>Posiadanie w strukturze organizacyjnej ośrodka koordynującego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) oddziału szpitalnego o profilu neurologicznym, 2) poradni neurologicznej, 3) poradni rehabilitacyjnej, 4) ośrodka rehabilitacji dziennej lub zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji dziennej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach, 5) oddziału rehabilitacji stacjonarnej lub zapewnienie dostępności do innych ośrodków rehabilitacji stacjonarnej na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach, 6) poradni okulistycznej, położniczo-ginekologicznej, urologicznej, logopedycznej, psychiatrycznej, psychologicznej (jeśli w poradni psychiatrycznej jest zapewniony personel – psychologzy, zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, to nie jest wymagane zapewnienie poradni psychologicznej): możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni specjalistycznych na podstawie umowy o podwykonawstwo lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach, 7) posiadanie w strukturze organizacyjnej na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach lekarzy specjalistów innych dziedzin, niezbędnych do realizacji programu opieki koordynowanej.
<p>1.2.2 Organizacja udzielania świadczeń</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów, 2) zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń dostępu do opieki lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub neurologii – w przypadku świadczeń stacjonarnych, ustalone zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, 3) całodobowa opieka pielęgniarska - w przypadku usług stacjonarnych, 4) dostęp do usług rehabilitacyjnych zgodny z indywidualnym programem opracowanym dla świadczeniobiorcy - zgodnie z regulacją wynikającą z rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej, 5) dostęp do konsultacji specjalistycznych, 6) dostęp do badań obrazowych (RTG, TK, NMR, urodynamiki), 7) dostęp do badań laboratoryjnych, 8) współpraca podwykonawców z ośrodkiem koordynującym, 9) dostępność do asystenta opieki zgodnie z harmonogramem pracy personelu ośrodka.
<p>1.2.3 Pozostałe warunki</p>	<p>W wyniku przeprowadzonego monitorowania zespół terapeutyczny ośrodka koordynującego podejmuje decyzję o zakończeniu lub kontynuowaniu leczenia, w tym o ewentualnym wydłużeniu leczenia.</p>

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 29 sierpnia 2022 r.

UMOWA

Nr...../.....

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM

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 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 „**realizatorem pilotażu**”, reprezentowanym przez

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOSM jest udzielanie przez świadczeniodawcę - realizatora pilotażu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM, zwanego dalej „programem pilotażowym”.

2. Świadczenia objęte programem pilotażowym określone są w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

3. Realizator pilotażu 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) rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „rozporządzeniem szpitalnym”,
- c) rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „rozporządzeniem ambulatoryjnym”,
- d) rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „rozporządzeniem rehabilitacyjnym”,

- e) rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia psychiatrycznego, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „rozporządzeniem psychiatrycznym”,
 - f) ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”;
- 2) z warunkami realizacji umów, określonymi w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Dane o potencjale wykonawczym realizatora pilotażu lub podwykonawców, przeznaczonym do realizacji umowy, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram-zasoby”.

2. Świadczenia mogą być udzielane przez realizatora pilotażu z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń objętych programem pilotażowym na zlecenie realizatora pilotażu:

- 1) zgodnie z przepisami rozporządzeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 1 lit. b-f;
- 2) wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

3. Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli każdego podmiotu biorącego udział w realizacji niniejszej umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy.

4. Zaprzestanie udzielania świadczeń przez podwykonawcę wymienionego w **załączniku nr 3** do umowy lub zlecenie udzielania świadczeń innemu podwykonawcy, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

5. Realizator pilotażu obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji wszystkich podmiotów biorących udział w realizacji umowy, służące wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz wymagany sprzęt.

6. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 5, należy dokonywać za pomocą udostępnianych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Funduszu, na zasadach i warunkach określonych przez Prezesa Funduszu w zarządzeniu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. Realizator pilotażu jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

§ 3. Realizator pilotażu w okresie realizacji umowy jest obowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone z związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

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

2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń objętych pilotażem, o której mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy” stanowiący załącznik nr 1 do umowy.

3. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego:

nr

4. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 3, wymaga uprzedniego złożenia przez realizatora pilotażu, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór określony jest w **załączniku nr 4** do umowy.

5. Faktury z tytułu realizacji umowy realizator pilotażu może przysyłać 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.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

§ 5. 1. Realizator pilotażu jest zobowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym i katalogiem świadczeń określonym w załączniku nr 10 do zarządzenia, w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);
 - 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9)
- w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

2. Realizator pilotażu jest zobowiązany do sprawozdawania zgodnie z załącznikiem nr 11b do zarządzenia, jeśli zostaną wykonane świadczeniobiorcy standaryzowane testy funkcjonalne, zgodne z wytycznymi ICF.

3. Informację, o której mowa w ust. 1 i 2, realizator pilotażu przekazuje do Oddziału Funduszu comiesięcznie w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu, w zakresach wskazanych w załączniku nr 10 do zarządzenia.

KARY UMOWNE

§ 6. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie realizatora pilotażu lub innych podmiotów biorących udział w realizacji umowy, Fundusz może nałożyć na realizatora pilotażu karę umowną.

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

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 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, 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 za opóźnienie 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 o świadczeniach Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. Kary umowne, o których mowa w ust. 1-4, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

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

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

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

2. Każda ze stron umowy może rozwiązać umowę z zachowaniem 3 miesięcznego okresu 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, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 1.

§ 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

.....

.....

.....

Realizator pilotażu

.....

Narodowy Fundusz Zdrowia

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

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										
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 sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	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							TERYT	
Adres miejsca										
			Styczeń	Luty	Marzec					
<i>liczba * cena</i>										
<i>wartość</i>										
			Kwiecień	Maj	Czerwiec					
<i>liczba * cena</i>										
<i>wartość</i>										
			Lipiec	Sierpień	Wrzesień					
<i>liczba * cena</i>										
<i>wartość</i>										
			Październik	Listopad	Grudzień					
<i>liczba * cena</i>										
<i>wartość</i>										
data sporządzenia										
Dyrektor OW***							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

rodzaj świadczeń:													
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 **	
<u>Dostępność osoby personelu</u>													
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 **
Dyrektor OW*****													
							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 2022r. 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

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			
Dyrektor OW*		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 do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 sierpnia 2022 r.

Wzór wniosku o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego KOSM

I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY		KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm	
Dane identyfikacyjne i adresowe - świadczeniodawcy w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Certyfikaty			
Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK						KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm		
KOSM								
ZAKRES WNIOSKU *								
Kod przedmiotu postępowania		Nazwa przedmiotu postępowania						
PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA								
Jednostka rozliczeniowa								
Oferowana cena jednostki								
		styczeń		luty	marzec	I kwartał		
<i>liczba * cena</i>						<i>liczba</i>		
<i>wartość</i>						<i>wartość</i>		
		kwiecień		maj	czerwiec	II kwartał		
<i>liczba * cena</i>						<i>liczba</i>		
<i>wartość</i>						<i>wartość</i>		
		lipiec		sierpień	wrzesień	III kwartał		
<i>liczba * cena</i>						<i>liczba</i>		
<i>wartość</i>						<i>wartość</i>		
		październik		listopad	grudzień	IV kwartał		
<i>liczba * cena</i>						<i>liczba</i>		
<i>wartość</i>						<i>wartość</i>		
Razem	liczba							
	wartość							
MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA								
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń							
	Adres miejsca						Teryt	
	Kod komórki org. (część VII KR)				Specjalność komórki org. (Część VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń				Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu				Nazwa profilu medycznego			
Dostępność								
Dostępność profilu medycznego/zakresu								
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu								
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz		
Personel								
<Unikalny wyróżnik osoby z wykazu>	Nazwisko							
	Imiona						PESEL	
zawód/specjalność				stopień specjalizacji			Nr Prawa Wyk. Zawodu	
Stanowisko/funkcja pracownika						Liczba godzin pracy tygodniowo		
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz		

Sprzęt						
<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>	Nazwa sprzętu				Ilość	
Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji		Nr seryjny sprzętu		

* - należy wymienić wszystkie zakresy świadczeń i miejsca udzielania świadczeń

III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW			KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm
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			

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 29 sierpnia 2022 r.

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Dane Wnioskodawcy:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z przepisami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;
- 2) zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.);
- 3) zapoznałem się i akceptuję wzór umowy określony w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w pkt 1;
- 4) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia objęte umową;
- 5) spełniam w każdym miejscu udzielania świadczeń warunki wymagane do realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) dane przedstawione we wniosku i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 7) złożyłem wymagane zarządzeniem, o którym mowa w pkt 1, dokumenty i wnoszę o podpisanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego - świadczenia kompleksowe udzielane w koordynowanej opiece nad pacjentem ze stwierdzeniem rozsianym (KOSM).

.....
(miejscowość, data)

.....
(oznaczenie, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskującego)

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 29 sierpnia 2022 r.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WPISACH DO REJESTRÓW

Dane Wnioskodawcy:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

1. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego - świadczenia kompleksowe udzielane w koordynowanej opiece nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym (KOSM), jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*:

prowadzonego przez,

pod numerem

nie dotyczy

2. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego - świadczenia kompleksowe udzielane w koordynowanej opiece nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym (KOSM), jestem wpisany do*:

Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem

nie dotyczy

.....
(miejsowość, data)

.....
(oznaczenie, podpis wnioskodawcy)

**właściwe zaznaczyć*

Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 29 sierpnia 2022 r.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O SAMODZIELNYM WYKONYWANIU UMOWY

Dane Wnioskodawcy:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Oświadczam, że:

samodzielnie wykonam umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanej w ramach programu pilotażowego – świadczenia kompleksowe udzielane w koordynowanej opiece nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym (KOSM).

.....
(miejscowość, data)

.....
(oznaczenie, podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskującego)

Załącznik Nr 7 do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 29 sierpnia 2022 r.

WNIOSEK W SPRAWIE RACHUNKU BANKOWEGO

.....

(Miejscowość, data)

Kod Oddziału Wojewódzkiego

Oznaczenie realizatora pilotażu

(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wnoszę o wpisanie nr rachunku bankowego do przyszłej umowy:

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w opiece nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym

zawartej na okres

Nr rachunku bankowego

Dane posiadacza rachunku bankowego.....

.....

Podpis i oznaczenie realizatora pilotażu

.....

Deklaracja pacjenta o przystąpieniu do programu pilotażowego KOSM u wskazanego świadczeniodawcy

I. INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

W jakim celu prowadzony jest program

Koordynowana opieka nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym (KOSM) obejmuje całokształt działań medycznych i pokrewnych obejmujących diagnostykę, leczenie farmakologiczne, rehabilitację, monitorowanie przebiegu choroby i jej wpływu na jakość życia pacjentów oraz ich bliskich, wsparcie psycho-społeczne i socjalne.

Na czym będzie polegał Pani /Pana udział w programie

Będzie Pani /Pan zakwalifikowana/y do opieki w programie pilotażowym w oparciu o analizę dostarczonej dokumentacji medycznej, przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz dodatkowych ocen/badań dodatkowych wykonanych przez zespół terapeutyczny ośrodka, w tym:

- skala niewydolności ruchowej wg Kurtzkiego EDSS (Expanded Disability Status Scale),
- skala Barthel,
- standaryzowane testy funkcjonalne, zgodne z wytycznymi ICF:
- Timed Walking Test,
- The Timed Up and Go,
- Sitting Assessment Scale (SAS),
- testy strukturalne,
- testy psychologiczne,
- wyniki badań neuroobrazowania mózgu,
- wyniki badań dodatkowych (laboratoryjne, badania płynu mózgowo-rdzeniowego, USG pęcherza moczowego, itd),
- wyniki konsultacji specjalistycznych.

Informacje dotyczące powyższych badań otrzyma Pani/ Pan w ośrodku.

Indywidualny plan Pani /Pana leczenia będzie ustalony przez zespół terapeutyczny ośrodka. Indywidualnie przy Pani/Panu aktywnej współpracy i będzie aktualizowany w trakcie programu, w zależności od potrzeb wynikających z realizacji KOSM.

Jakie będą Pani /Pana obowiązki związane z udziałem w programie

- Zgłaszanie się na wyznaczone wizyty zgodnie z harmonogramem.
- Wypełnianie kwestionariuszy.
- Udzielanie wywiadu telefonicznego koordynatorowi terapii.
- Niezwłoczne informowanie personelu ośrodka o pogorszeniu stanu zdrowia lub wystąpieniu objawów niepożądanych.
- Informowanie o przyjmowanych lekach, innych niż zalecone w ramach KOSM.
 - Informowanie o wizytach lekarskich/hospitalizacjach przeprowadzonych poza KOSM.
 - Informowanie o wystąpieniu niezdolności do pracy i korzystaniu ze zwolnienia lekarskiego.

Jaki będzie czas uczestniczenia w programie

Przewidywany czas trwania pilotażu do 1,5 roku.

W wyniku przeprowadzanego monitorowania efektów leczenia i przestrzegania przez Panią/Pana Indywidualnego Planu Leczenia zespół, terapeutyczny ośrodka koordynującego będzie podejmował decyzję o zakończeniu lub kontynuowaniu udziału w programie.

Pani /Pana udział w programie jest dobrowolny. Może Pani /Pan zrezygnować z udziału w nim w dowolnym momencie i nie będzie miało to wpływu na dalszą opiekę medyczną zgodnie z obowiązującymi wytycznymi dotyczącymi realizacji świadczeń.

Jakie są oczekiwane wyniki/korzyści z programu

Wyniki programu będą uzależnione od wielu czynników, w tym związanych z chorobą (postać, czas trwania, przebieg choroby), zastosowane leczenie farmakologiczne (skuteczność i tolerancja) i rehabilitacja (skuteczność) oraz przestrzeganie przez Panią /Pana Indywidualnego Planu opieki.

Indywidualne Pani /Pana wyniki mogą dotyczyć:

- Zmniejszenia liczby rzutów choroby.
- Zmniejszenia nasilenia rzutów choroby.
- Odroczenia momentu wystąpienia utrwalonej niepełnosprawności
- Spowolnienia postępu niepełnosprawności.
- Wydłużenia okresu zdolności do pełnej samoobsługi i niezależności od osób trzecich.
- Zmniejszenia liczby hospitalizacji.
- Zmniejszenia liczby dni absencji chorobowej.
- Utrzymania zdolności do pracy zarobkowej, uczestnictwa w życiu społecznym.
- Poprawy jakości życia Pani/Pana i Pani /Pana bliskich.

Ponadto informacje zgromadzone od wszystkich uczestników programu mogą w przyszłości pomóc innym osobom z SM i wpłynąć na rozwiązania systemowe dotyczące opieki nad pacjentami z tą chorobą.

Jakie są zagrożenia związane z udziałem w programie?

Udział w programie nie wiąże się z żadnymi zagrożeniami. Natomiast przyjmowanie leków, może wiązać się z występowaniem działań niepożądanych. Lekarz prowadzący będzie te kwestie omawiał szczegółowo w momencie proponowania i wdrażania terapii.

II. INDYWIDUALNY PROGRAM LECZENIA OKREŚLONY PRZEZ KOORDYNATORA TERAPII:

- program i wymiar czasowy poszczególnych składowych opieki,
- harmonogram wizyt,
- przewidywany termin zakończenia programu,
- osoby odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań.

Ośrodek organizuje i nadzoruje wszystkie działania związane z opieką nad pacjentem. Zapewnia możliwość kontaktowania się z wyznaczonymi pracownikami (asystent opieki oraz koordynator terapii) zgodnie z harmonogramem pracy personelu w celu ustalania wskazań do wyznaczenia dodatkowej wizyty lekarskiej.

Przykładowy harmonogram planu leczenia:

- Asystent opieki (imię i nazwisko, numer telefonu),
- Leczenie farmakologiczne (leki wraz dawkowaniem),
- Badania laboratoryjne,
- Badania obrazowe,
- Badania płynu mózgowo-rdzeniowego,
- Badanie - USG pęcherza moczowego,

- Poradnia neurologiczna (nazwa, adres oraz numer telefonu i data porady),
- Poradnia okulistyczna (nazwa, adres oraz numer telefonu i data porady),
- Poradnia urologiczna (nazwa, adres oraz numer telefonu i data porady),
- Poradnia położniczo – ginekologiczna (nazwa, adres oraz numer telefonu i data porady),
- Poradnia rehabilitacyjna (nazwa, adres oraz numer telefonu i data porady),
- Ośrodek rehabilitacji dziennej (nazwa, adres oraz numer telefonu i data porady),
- Oddział rehabilitacji stacjonarnej (nazwa, adres oraz numer telefonu i data porady),
- Poradnia logopedyczna (nazwa, adres oraz numer telefonu i data porady),
- Poradnia psychiatryczna (nazwa, adres oraz numer telefonu i data porady),
- Poradnia psychologiczna (nazwa, adres oraz numer telefonu i data porady),
- Numer telefonu do kontaktów w pilnych przypadkach.

Zasady obowiązujące w programie:

- Przestrzeganie ustalonych terminów wizyt,
- Przestrzeganie indywidualnego planu leczenia,

W trakcie uczestniczenia w programie, nie może Pani/Pan korzystać równocześnie z analogicznych świadczeń finansowanych ze środków NFZ, jak realizowane w ramach programu, zarówno u świadczeniodawcy realizującego program, jak i u innych świadczeniodawców, np. wizyty u innych neurologów, specjalistów, rehabilitacja. Jeżeli Pani/ Pan leczy się u danego lekarza specjalisty psychiatry i/lub ginekologa poza pilotażem to realizator pilotażu informuje świadczeniobiorcę o konieczności przedstawienia asystentowi opieki zaświadczenia o rozpoznaniu i stosowanej terapii i wówczas nie korzysta ze świadczeń w programie pilotażowym.

III. DANE OSOBOWE

1. Dane osoby dokonującej wyboru (świadczeniobiorca)																							
(Nazwisko)												(Nr ewidencyjny PESEL)											
(Imię)																							
(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok):												(Płeć: M/K):											
(Kod pocztowy)						(Miejscowość)																	
(Telefon)																							

IV. DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY REALIZUJĄCEGO PILOTAŻ KOMPLESOWEJ OPIEKI W STWARDNIENIU ROZSIANYM (KOSM)

1. Deklaruję wybór:																							
(Pełna nazwa realizatora pilotażu realizującego KOSM)																							
Adres																							

(Ulica i numer)	
(Kod pocztowy)	(Miejscowość)
(Oznaczenie realizatora pilotażu z sygnaturą umowy z NFZ)	(Oznaczenie firmowa realizatora pilotażu - miejsca udzielania świadczeń)

UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami

V. OŚWIADCZENIA

Potwierdzam:

- Przeczytałam/Przeczytałem i rozumiem treść informacji dla pacjenta.
- Uzyskałam/uzyskałem wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania.
- Dobrowolnie wyrażam zgodę na wzięcie udziału w programie pilotażowym KOSM.
- Zobowiązuje się do przestrzegania zasad obowiązujących w programie .
- Rozumiem, że w każdej chwili mogę zrezygnować z udziału w programie bez podania przyczyny i nie będzie to miało wpływu na opiekę medyczną zgodnie z przysługującymi mi prawami.

Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami)

Podpis pacjenta

data (dzień, miesiąc, rok) wpisana przez pacjenta

Podpis lekarza pozyskującego zgodę

data (dzień, miesiąc, rok) wpisana przez lekarza

.....
11) Oddział rehabilitacji stacjonarnej (*nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady**)
.....

12) Poradnia logopedyczna (*nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady**)
.....

13) Poradnia psychiatryczna (*nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady**)
.....

14) Poradnia psychologiczna (*nazwa, adres oraz numer telefonu, data porady**)
.....

15) Terapia lekowa w programie lekowym (nazwa leku, dawka, częstość podania)
.....

16) Leczenie farmakologiczne (produkty lecznicze wraz z dawkowaniem)
.....

17) Data kolejnej wizyty u koordynatora terapii
.....

18) Asystent opieki (*imię i nazwisko oraz numer telefonu*)
.....

19) Numer telefonu do kontaktów w pilnych przypadkach
.....

.....
Czytelny podpis pacjenta

.....
Oznaczenie i podpis lekarza/ koordynatora terapii

.....
Data

** Wyznaczona przez koordynatora terapii w momencie opracowywania indywidualnego planu leczenia.*

Załącznik Nr 10 do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 sierpnia 2022 r.

KATALOG PRODUKTÓW ROZLICZENIOWYCH KOMPLEKSOWEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ NAD PACJENTEM ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

L. p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktów rozliczeniowych	Nazwa produktów rozliczeniowych	Jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego 1 pkt = 1 zł	Liczba dni pobytu finansowana grupą	Wartość punktowa hospitalizacji <3 dni	Wartość punktowa osobodni a ponad ryczałt finansowany grupą	Świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenie wykonywane w trybie dziennym	Uwagi odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania świadczeń
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	18.4220.00 2.02	KOSM- Opieka koordynowana w SM świadczenie leczenie szpitalne	5.58.01.00000 01	KOSM - hospitalizacja typ I	pkt	8213	17	4107	703	x			Realizacja zgodnie z grupą A36 określonym w załączniku nr 1a do zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (SZP) z uwzględnieniem współczynnika 1,3 dla pacjentów leczonych w ramach pilotażu - KOSM.
			5.58.01.00000 02	KOSM - hospitalizacja typ II	pkt	9574	40	4787	373	x			Realizacja zgodnie z grupą A57 określonym w załączniku nr 1a do zarządzenia SZP z uwzględnieniem współczynnika 1,3 dla pacjentów leczonych w KOSM.
2	18.1220.00 2.02	KOSM- opieka koordynowana w SM świadczenia	5.58.01.00000 03	KOSM - porada neurologiczna i kwalifikacyjna	pkt	1063					x		1. Obejmuje wstępną ocenę stanu zdrowia poprzedzoną wykonaniem niezbędnych badań diagnostycznych. 2. W celu rozliczenia produktu,

		w zakresie neurologii		a - z diagnostyką*									koniecznym jest wykonanie minimum procedury: MRI głowy lub kręgosłupa szyjnego lub piersiowego.
			5.58.01.000004	KOSM - porada neurologiczna kwalifikacyjna*	pkt	107						x	Obejmuje wstępną ocenę stanu zdrowia w oparciu o dostarczone przez pacjenta niezbędne badania diagnostyczne.
			5.58.01.000005	KOSM - porada kontrolna neurologiczna	pkt	107						x	1. Obejmuje ocenę stanu zdrowia poprzedzoną wykonaniem niezbędnych badań diagnostycznych. 2. Produkt rozliczany minimum 2 x do roku (co 6 miesięcy).
3	18.1600.002.02	KOSM- Opieka koordynowana w SM świadczenia w zakresie okulistyki	5.58.01.000006	KOSM - porada kontrolna okulistyczna	pkt	105						x	1. Obejmuje ocenę stanu zdrowia poprzedzoną wykonaniem niezbędnych badań diagnostycznych; 2. Produkt rozliczany minimum 1 x do roku.
			5.58.01.000036	KOSM - porada okulistyczna diagnostyczna	pkt	236							x
4	18.1640.002.02	KOSM- Opieka koordynowana w SM świadczenia w zakresie urologii	5.58.01.000007	KOSM - porada urologiczna typ I *	pkt	885						x	1. Obejmuje ocenę stanu zdrowia i określenie zakresu koniecznych do wykonania badań diagnostycznych. 2. W celu rozliczenia produktu koniecznym jest wykonanie minimum badań: 88.752 USG pęcherza moczowego oraz 89.205 Badanie urodynamiczne z profilometrią cewkową i elektromiografią. 3. Produkt rozliczany podczas kwalifikacji pacjenta do leczenia w ramach pilotażu - KOSM.

			5.58.01.00000 08	KOSM - porada urologiczna typ II *	pkt	107					x	1. Obejmuje ocenę stanu zdrowia i określenie zakresu koniecznych do wykonania badań diagnostycznych. 2. Świadczenie możliwe do rozliczenia w przypadku posiadania przez pacjenta aktualnego wyniku badania 88.752 USG pęcherza moczowego, zalecane wcześniejsze wykonanie 89.205 Badanie urodynamiczne z profilometrią cewkową i elektromiografią, 3. Produkt rozliczany podczas kwalifikacji pacjenta do opieki KOSM.
			5.58.01.00000 37	KOSM - porada urologiczna typ III *	pkt	158					X	1. Obejmuje ocenę stanu zdrowia i określenie zakresu koniecznych do wykonania badań diagnostycznych. 2. W celu rozliczenia produktu koniecznym jest wykonanie minimum badania: 88.752 USG pęcherza moczowego, 3. Produkt rozliczany podczas kwalifikacji pacjenta do opieki KOSM.
			5.58.01.00000 09	KOSM - porada kontrolna urologiczna	pkt	191					x	1. Obejmuje ocenę stanu zdrowia poprzedzoną wykonaniem niezbędnych badań diagnostycznych. 2. W celu rozliczenia produktu koniecznym jest wykonanie minimum badania 88.752 USG pęcherza moczowego; 3. Produkt rozliczany minimum 1 x do roku.
			5.58.01.00000 10	KOSM - porada urologiczna - zabiegowa	pkt	106					x	1. Obejmuje ocenę stanu zdrowia. 2. Produkt może zostać rozliczony po wykonaniu procedur: 57.94 Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza

													moczowego lub 57.95 Wymiana cewnika wprowadzonego do pęcherza moczowego na stałe. 3 Rozliczany w zależności od potrzeby (wskazań medycznych).
5	18.1450.00 2.02	KOSM- Opieka koordynowa na w SM świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	5.58.01.00000 11	KOSM - porada konsultacyjna ginekologicz na	pkt	189						x	1. Obejmuje ocenę stanu zdrowia poprzedzoną wykonaniem badań diagnostycznych. 2. W celu rozliczenia produktu koniecznym jest wykonanie minimum procedur: 88.792 USG macicy nieciążarnej i przydatków lub 88.789 diagnostyka USG macicy ciążarnej - pełna, 91.44 Badanie mikroskopowe materiału szyjki macicy. 3. Produkt rozliczany w zależności od potrzeby (wskazań medycznych). W przypadku leczenia ginekologicznego poza pilotażem, realizator pilotażu informuje świadczeniobiorcę o konieczności przedstawienia asystentowi opieki zaświadczenia o rozpoznaniu i stosowanym leczeniu.
6	18.1790.00 2.02	KOSM- Opieka koordynowa na w SM świadczenia psychologic zne	5.58.01.00000 12	KOSM porada lekarska diagnostyczn a	pkt	119						x	Badanie psychiatryczne przez lekarza przeprowadza się 1 raz w roku lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki (w przypadku leczenia psychiatrycznego poza pilotażem, realizator pilotażu informuje świadczeniobiorcę o konieczności przedstawienia zaświadczenia o rozpoznaniu i stosowanej

												terapii), obejmujące: 1) zebranie wywiadu; 2) ocenę stanu psychicznego i somatycznego; 3) skierowanie na niezbędne badania psychologiczne; 4) niezbędne badania diagnostyczne w tym laboratoryjne; 5) ustalenie rozpoznania i planu terapeutycznego.
			5.58.01.00000 13	KOSM - porada psychologicz na diagnostyczn a	pkt	122					x	Porada udzielana z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi psychologicznych, rozpoczynająca lub weryfikująca proces diagnostyczno - terapeutyczny, minimum 1 x do roku lub w razie potrzeby zgłoszonej asystentowi opieki, mająca na celu: 1) wykonanie pogłębionej diagnostyki osobowości; 2) ocenę procesów poznawczych; 3) ocenę innych dyspozycji psychicznych; 4) wykonanie niezbędnych konsultacji specjalistycznych; 5) ustalenie diagnozy psychologicznej i planu terapeutycznego.
7	18.4306.00 2.02	KOSM- Opieka koordynow ana w SM świadczenie rehabilitacji neurologicz nej	5.58.01.00000 14	KOSM - rehabilitacja neurologiczn a w chorobach demielinizacy jnych w szpitalu - kategoria I	pkt	576					x	Realizacja zgodnie z charakterystyką określoną w załączniku nr 11a do zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (REH). Rozliczana jako osobodzień.

			5.58.01.00000 15	KOSM - rehabilitacja neurologiczn a w chorobach demielinizacy jnych w szpitalu - kategoria II	pkt	363				x		Realizacja zgodnie z charakterystyką określoną w załączniku nr 11a do zarządzenia REH. Rozliczana jako osobodzień.
8	18.1300.00 2.02	KOSM - Lekarska ambulatoryj na opieka rehabilitacy jna	5.58.01.00000 22	KOSM - porada lekarska rehabilitacyjn a	pkt	44				x		Świadczenia rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu REH.
			5.58.01.00000 23	KOSM - porada lekarska rehabilitacyjn a kompleksowa	pkt	98				x		Obejmuje co najmniej 1 procedurę diagnostyczną obrazową ICD-9: 04.14, 04.19, 87.22-87.29, 87.431, 87.433, 88.11, 88.21-24, 88.26-29, 88.33, 88.37, 88.793-798, 88.981, 88.983, lub co najmniej 2 procedury diagnostyczne laboratoryjne ICD-9: A01+A19, C53, C59, G49, I81, L11, L69, M18, M45, O75, O77, O87, O89, O91, S21, S23, S27, S29, S31, 91.831.
			5.58.01.00000 24	KOSM - porada lekarska rehabilitacyjn a zabiegowa	pkt	92				x		Obejmuje co najmniej 1 procedurę: 80.30-39,81.911, 81.92, 82.92-96, 83.94, 83.96, 83.97.
9	18.1310.00 2.02	KOSM - Fizjoterapia ambulatoryj na	5.58.01.00000 27	KOSM - wizyta fizjoterapeuty czna	pkt	38				x		Świadczenia rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu REH
			kody produktów wg Katalogu zabiegów fizjoterapeutyc znych	KOSM - zabieg fizjoterapeuty czny	pkt	x				x		Wartość punktowa pojedynczego zabiegu fizjoterapeutycznego jest określona w Katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych stanowiącym załącznik 1m do zarządzenia REH.

10	18.2300.00 2.02	KOSM - Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym	5.58.01.00000 31	KOSM - krioterapia - zabieg w kriokomorze	pkt	42					x	Świadczenia rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu REH.
			5.58.01.00000 32	KOSM - osobodzień w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym	pkt	125					x	Świadczenia rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu REH.
11	18.1616.00 2.02	KOSM- Opieką koordynowana w SM świadczenia w zakresie logopedii	5.58.01.00000 34	KOSM - świadczenia logopedyczne	pkt	71					x	Świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS).
12	18.9000.00 2.02	KOSM - Moduł koordynacji	5.58.01.00000 33	KOSM - plan leczenia pacjenta	pkt	211					x	1. Obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia przez zespół terapeutyczny oraz koordynację ustalonego procesu leczenia. 2.W skład zespołu ustalającego plan leczenia wchodzi: koordynator terapii, lekarz rehabilitacji/ fizjoterapeuta. 3. Celem zespołu jest: stratyfikacja pacjenta do grupy EDSS, identyfikacja zespołu opieki oraz określenie wstępnego planu leczenia. 4. Produkt do rozliczenia 2 x w roku (możliwość rozliczenia po raz pierwszy po przeprowadzeniu wskazanych w załączniku konsultacji specjalistycznych oraz pierwszego cyklu rehabilitacji), następne rozliczenia co 6 miesięcy.

* - NFZ finansuje jedną z porad w zakresie u pacjenta pozostającego na tym samym etapie kwalifikacji lub opieki w ramach KOSM.

1. Przy rozliczaniu produktu, jednym z nieodzownych warunków jest wykazanie w raporcie statystycznym zrealizowanych istotnych procedur medycznych według ICD-9.

2. Istotne procedury medyczne według ICD-9 zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, z późn. zm. obejmują:

88.901 RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym;

95.032 Badanie okulistyczne neurooftalmologiczne;

95.1902 Badanie dna oka

95.1901 Badanie ostrości wzroku

89.205 Badanie urodynamiczne z profilometrią cewkową i elektromiografią

88.752 USG pęcherza moczowego

57.94 Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego

57.95 Wymiana cewnika wprowadzonego do pęcherza moczowego na stałe

88.792 USG macicy nieciążarnej i przydatków

91.44 Badanie mikroskopowe materiału szyjki macicy.

69.7 Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej

97.71 Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej;

Załącznik Nr 11 do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 sierpnia 2022 r.

Opis uzupełniający przedmiotu umowy KOSM

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa zakresu świadczeń	Kompleksowa opieka w stwardnieniu rozsianym (KOSM)
1.2	Grupa docelowa	Pacjenci według rozpoznań ICD-10 G35
1.3	Kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców wymagających udzielenia świadczenia	Do objęcia kompleksową opieką w stwardnieniu rozsianym (SM) kwalifikują się pacjenci z rozpoznaniem stwardnieniem rozsianym według rozpoznań ICD-10: G35 - stwardnienie rozsiane.
1.4	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczeń wg klasyfikacji ICD9	-89.00 porada lekarska, konsultacja, asysta, -89.001 konsultacja ginekologiczna, -89.005 konsultacja neurologiczna, -89.009 konsultacja urologiczna, -89.0021 konsultacja fizjoterapeutyczna, -88.901 RM głowy bez i z kontrastem, -89.31 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego -88.932 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez wzmocnienia kontrastowego -88.933 RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego -88.934 RM kanału rdzeniowego - rdzeń kręgowy -88.935 RM kanału rdzeniowego - kręgosłup -A09 badanie płynu mózgowo-rdzeniowego ogólne, -S21 Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG Przeciwciała (anty- B.burgdorferi IgG) -S25 Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM (anty-B.burgdorferi IgM) -S23 Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgG - test potwierdzający -S27 Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM - test potwierdzający -S29 Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG/ IgM Przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG/ IgM) -S31 Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgG/ IgM - test potwierdzający -S37 Borrelia Przeciwciała (całkowite), -O21 Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA), -N69 - Przeciwciała przeciw cytoplazmie (ANCA), -N75 Przeciwciała przeciw DNA dwuniciowemu (dsDNA), -88.752 USG pęcherza moczowego, -99.1 wstrzyknięcie lub wlew substancji leczniczej lub profilaktycznej (Solu-Medrol), -95.032 Badanie okulistyczne neurooftalmologiczne, -95.1901 Badanie ostrości wzroku, -95.1902 Badanie dna oka, -89.205 Badanie urodynamiczne z profilometrią cewkową i elektromiografią, -57.94 Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego , -57.95 Wymiana cewnika wprowadzonego do pęcherza moczowego na stałe, -88.792 USG macicy nieciążarnej i przydatków, -91.44 Badanie mikroskopowe materiału szyjki macicy.
1.5	Specyfikacja procedur neurofizjologicznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczeń wg klasyfikacji ICD 9	-93.3802 Metody reedukacji nerwowo – mięśniowej – Metoda SI (integracji sensorycznej), -93.3806 Metody neurofizjologiczne – Metoda Vojty, -93.3807 Metody neurofizjologiczne - Metoda NDT Bobath, -93.3808 Metody neurofizjologiczne – Metoda PNF,

		-93.3810 Metody neurofizjologiczne – ćwiczenia wspomagane zastępczym sprzężeniem zwrotnym (biofeedback) – EMG Biofeedback.
1.6	Specyfikacja procedur fizjoterapeutycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczeń wg klasyfikacji ICD 9	<ul style="list-style-type: none"> -93.0101 Ocena lokomocji (w tym analiza np.: systemem BTS SMART, SIMI AKTISYS itd.), -93.0102 Ocena samoobsługi , -93.0103 Ocena sprawności manualnej, -93.0104 Ocena funkcjonalna kręgosłupa i miednicy, -93.0105 Ocena równowagi i stabilności ciała (w tym badanie na platformach równoważnych i stabilometrycznych), -93.0109 Oceny funkcjonalne – inne, -93.0401 Manualna ocena siły mięśniowej - Test Lovetta, -93.0402 Dynamometryczna ocena siły mięśni dłoni, -93.0409 Badanie mięśni – inne, -93.0503 Badanie zakresu ruchów kręgosłupa (w tym z użyciem np.: systemu Crom), -93.0504 Badanie zakresu ruchów stawów obwodowych, -93.0901 Ocena stanu neuromotorycznego, -93.0905 Elektrodiagnostyka, -93.27 Stretching mięśni lub ścięgien, -93.28 Stretching powięzi, -93.1121 Ćwiczenia bierne wykonywane manualnie, -93.1131 Ćwiczenia czynno – bierne, -93.1132 Ćwiczenia wspomagane, -93.1133 Ćwiczenia prowadzone, -93.1139 Inne ćwiczenia z udziałem fizjoterpeuty, -93.1202 Ćwiczenia czynne wolne, -93.1204 Ćwiczenia samowspomagane, -93.1205 Ćwiczenia czynne w odciążeniu, -93.3103 Zbiorowe ćwiczenia w basenie, -93.1501 Mobilizacja odcinka szyjnego kręgosłupa, -93.1502 Mobilizacja odcinka piersiowego kręgosłupa, -93.1503 Mobilizacja odcinka lędźwiowego kręgosłupa, -93.1601 Mobilizacja małych stawów, -93.1602 Mobilizacja dużych stawów, -93.1701 Ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie, -93.1811 Drenaż ułożeniowy, -93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe, -93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem, -93.1814 Nauka kaszlu i odkrztuszania, -93.1901 Ćwiczenia równoważne, -93.1902 Ćwiczenia rozluźniające i relaksujące, -93.1903 Ćwiczenia sprawności manualnej, -93.1904 Ćwiczenia samoobsługi, -93.1905 Terapeutyczne gry i zabawy ruchowe, -93.1907 Ćwiczenia zespołowe, -93.1911 Ćwiczenia koordynacji ruchowej, -93.1912 Poizometryczna relaksacja mięśni, -93.1915 Ćwiczenia synergistyczne, -93.2201 Pionizacja bierna, -93.2202 Pionizacja czynna, -93.2204 Nauka czynności lokomocji (w tym ćwiczenia na lokomacie, systemie bieżni z odciążeniem, lub egzoszkielecie), -93.2401 Ćwiczenia używania protez i aparatów ortopedycznych, -93.2402 Nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym, -93.3103 Zbiorowe ćwiczenia w basenie, -93.3301 Kąpiel wirowa kończyn górnych, -93.3302 Kąpiel wirowa kończyn dolnych,

		<p>-93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, -93.3812 Plastrowanie dynamiczne (Kinesiology Taping) – w tym aplikacje przeciwobrzękowe, -93.3816 Metody terapii manualnej – Metoda Cyriaxa, -93.3827 Metody terapii manualnej – inne, -93.3912 Masaż klasyczny – częściowy, -93.3914 Masaż punktowy, -93.3917 Masaż mechaniczny (limfatyczny), -93.3920 Jonoforeza, -93.3927 Tonoliza, -93.3928 Prądy diadynamiczne, -93.3929 Prądy interferencyjne, -93.3930 TENS, -93.3939 Laseroterapia, -93.3940 Laseroterapia punktowa, -93.3941 Pileloterapia – naświetlanie światłem spolaryzowanym, -93.3943 Ultradźwięki, -93.3946 Termożele, -93.3950 Krioterapia ogólnoustrojowa, -93.3983 Pole magnetyczne (w tym stymulacja przeczaszkowa), -93.3988 Elektrostymulacja mięśni, -93.3989 Elektrostymulacja funkcjonalna (FES), -93.3990 Terapia wysokonapięciowa, -93.3999 Zabiegi fizjoterapeutyczne inne.</p>
1.7	Oczekiwane wyniki postępowania	<p>1. Modyfikacja przebiegu choroby poprzez odroczenie momentu wystąpienia utrwalonej niepełnosprawności. 2. Wydłużenie okresu pełnosprawności w zakresie samoobsługi i niezależności od osób trzecich. 3. Zmniejszenie liczby hospitalizacji. 4. Spowolnienie postępu niepełnosprawności. 5. Poprawa jakości życia pacjentów oraz ich rodzin i opiekunów.</p>
2	Warunki realizacji świadczeń	
2.1	Świadczeniobiorcy	<p>1. Skierowanie do KOSM wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego: 1) oddziału neurologicznego, 2) poradni neurologicznej.</p> <p>2. Pacjent poprzez wybór świadczeniodawcy realizującego KOSM oraz akceptację indywidualnego planu leczenia wyraża zgodę na objęcie leczeniem u danego świadczeniodawcy w ramach pilotażu KOSM.</p> <p>3. Pacjent objęty opieką KOSM nie może korzystać równocześnie w innych zakresach oraz rodzajach świadczeń z analogicznych świadczeń jak realizowane w ramach programu, zarówno u świadczeniodawcy realizującego program jak i u innych świadczeniodawców. Jeżeli pacjent leczony u danego lekarza specjalisty psychiatry i/lub ginekologa poza pilotażem to realizator pilotażu informuje świadczeniobiorcę o konieczności przedstawienia asystentowi opieki zaświadczenia o rozpoznaniu i stosowanej terapii i wówczas nie korzysta ze świadczeń w programie pilotażowym.</p> <p>4. Kwalifikacji do leczenia dokonuje zespół terapeutyczny ośrodka na podstawie skierowania i przeprowadzenia analizy poniższych kryteriów kwalifikacji: 1) skali niewydolności ruchowej wg Kurtzkiego EDSS (Expandet Disability Status Scale), 2) skali Barhel, 3) standaryzowanych testów funkcjonalnych: a) Timed Walking Test, b) The Timed Up and Go, c) Sitting Assessment Scale (SAS),</p>

		<p>4) testów strukturalnych, 5) wyników badań neuroobrazowania mózgu, 6) wyników badań dodatkowych (laboratoryjne, rozszerzone badania płynu mózgowo-rdzeniowego, USG pęcherza, psychologiczne, logopedyczne), 7) wyników konsultacji specjalistycznych. W celu kwalifikacji należy wykonać nie mniej niż 3 testy, w tym obowiązkowo EDSS.</p> <p>5. Określenie czasu leczenia: 1) decyzję o czasie leczenia podejmuje zespół terapeutyczny ośrodka na podstawie kryteriów medycznych. 2) w przypadku wskazań do modyfikacji w indywidualnym planie leczenia decyzję podejmuje zespół terapeutyczny. 3) w propozycji modyfikacji indywidualnego planu leczenia każdorazowo pacjenta informuje koordynator terapii. Na modyfikację indywidualnego planu leczenia pacjent powinien wyrazić zgodę.</p> <p>6. Monitorowanie efektów leczenia: 1) w wyniku przeprowadzonego monitorowania zespół terapeutyczny ośrodka podejmuje decyzję o zakończeniu lub kontynuowaniu leczenia, w tym o ewentualnym wydłużeniu leczenia.</p>
2.2	Świadczeniodawcy	<p>1. Tryb realizacji świadczenia: 1) ambulatoryjne, 2) dzienne, 3) stacjonarne.</p> <p>2. Warunki wymagane od ośrodka koordynującego: 1) realizacja wszystkich Programów Lekowych dla pacjentów z SM, 2) realizacja świadczenia wymaga powołania zespołu terapeutycznego dla świadczeniobiorcy.</p>
2.3	Obowiązek informacyjny	<p>1. Świadczeniodawca przed złożeniem przez pacjenta deklaracji przystąpienia do KOSM jest zobowiązany do poinformowania pacjenta o: a. świadczeniach przysługujących w ramach KOSM, b. zasadach korzystania ze świadczeń, c. danych kontaktowych koordynatora terapii oraz asystenta opieki, d. danych kontaktowych miejsc (komórek), w których jest realizowana opieka, e. braku możliwości korzystania w innych zakresach oraz rodzajach z analogicznych świadczeń jak realizowane w ramach programu, zarówno u świadczeniodawcy realizującego program jak i u innych świadczeniodawców. 2. Świadczeniobiorca zobowiązany jest do podpisania oświadczenia o zapoznaniu go z zasadami realizacji świadczeń.</p>
3.	Warunki finansowania świadczeń	<p>Fundusz nie finansuje świadczeń, których zakres pokrywa się ze świadczeniami realizowanymi w ramach KOSM.</p>

Charakterystyka grup rehabilitacyjnych

1. Rehabilitacja neurologiczna w chorobach demielinizacyjnych w szpitalu – kategoria I

Wymagane wskazanie:

minimum 1 procedura ICD-9 z listy 1a

minimum 5 procedur ICD-9 z listy 1b

rozpoznanie ICD-10 z listy 1c

Lista 1a - ICD-9

93.3802 Metody reedukacji nerwowo-mięśniowej – Metoda SI (integracji sensorycznej),

93.3806 Metody neurofizjologiczne – Metoda Vojtty,

93.3807 Metody neurofizjologiczne – Metoda NDT Bobath,

93.3808 Metody neurofizjologiczne – Metoda PNF,

93.3810 Metody neurofizjologiczne – ćwiczenia wspomagane zastępczym sprzężeniem zwrotnym (biofeedback) – EMG Biofeedback.

Lista 1b - ICD-9

93.1121 Ćwiczenia bierne wykonywane manualnie

93.1122 Ćwiczenia bierne redresyjne

93.1131 Ćwiczenia czynno-bierne

93.1132 Ćwiczenia wspomagane

93.1133 Ćwiczenia prowadzone

93.1202 Ćwiczenia czynne wolne

93.1204 Ćwiczenia samowspomagane

93.1205 Ćwiczenia czynne w odciążeniu

93.1301 Ćwiczenia izometryczne

93.1303 Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem

93.1304 Ćwiczenia izotoniczne

93.1305 Ćwiczenia izokinetyczne

93.14 Odtwarzanie gry stawowej

93.1501 Mobilizacja odcinka szyjnego kręgosłupa

93.1502 Mobilizacja odcinka piersiowego kręgosłupa

93.1503 Mobilizacja odcinka lędźwiowego kręgosłupa

93.1601 Mobilizacja małych stawów

93.1602 Mobilizacja dużych stawów

93.1701 Ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie

93.1804 Ćwiczenia i kinezyterapia oddechowa - oklepywanie

93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe
93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem
93.1814 Nauka kaszlu i odksztuszania
93.1901 Ćwiczenia równoważne
93.1902 Ćwiczenia rozluźniające i relaksujące
93.1903 Ćwiczenia sprawności manualnej
93.1904 Ćwiczenia samoobsługi
93.1907 Ćwiczenia zespołowe
93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne
93.1911 Ćwiczenia koordynacji ruchowej
93.1912 Poizometryczna relaksacja mięśni
93.1913 Ćwiczenia koordynacyjno-równoważne wg Frenkla
93.1914 Ćwiczenia ułożeniowe Bürgera
93.1915 Ćwiczenia synergistyczne
93.2201 Pionizacja bierna
93.2202 Pionizacja czynna
93.2203 Przygotowanie do chodzenia
93.2204 Nauka czynności lokomocyjnych
93.2401 Ćwiczenia używania protez i aparatów ortopedycznych
93.2402 Nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym
93.27 Stretching mięśni lub ścięgien
93.28 Stretching powięzi
93.3101 Indywidualne ćwiczenia w wodzie
93.3301 Kąpiel wirowa kończyn górnych
93.3302 Kąpiel wirowa kończyn dolnych
93.3501 Ciepłe suche okłady
93.3812 Plastrowanie dynamiczne /Kinesiology Taping/
93.3814 Metoda Bad Ragaz-Ring
93.3827 Metody terapii manualnej - inne
93.3912 Masaż klasyczny - częściowy
93.3913 Masaż segmentarny
93.3916 Masaż pneumatyczny
93.3917 Masaż mechaniczny
93.3919 Galwanizacja
93.3920 Jonoforeza
93.3927 Tonoliza
93.3928 Prądy diadynamiczne
93.3929 Prądy interferencyjne
93.3930 Prądy TENS

- 93.3931 Prądy KOTZA
- 93.3932 Prądy TRABERTA
- 93.3937 Naświetlanie promieniami IR - miejscowe
- 93.3939 Laseroterapia
- 93.3940 Laseroterapia punktowa
- 93.3943 Ultradźwięki
- 93.3944 Fonoforeza
- 93.3948 Fango
- 93.3951 Krioterapia miejscowa ciekłym azotem
- 93.3953 Zawijania lub okłady borowinowe częściowe
- 93.3966 Kąpiel kwasowęglowa
- 93.3967 Kąpiel siarczkowa
- 93.3982 Pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości
- 93.3983 Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości
- 93.3986 Drenaż limfatyczny miejscowy
- 93.3988 Elektrostymulacja mięśni
- 93.83 Terapia zajęciowa

Lista 1c - ICD-10

G35 - stwardnienie rozsiane.

2. Rehabilitacja neurologiczna w chorobach demielinizacyjnych w szpitalu – kategoria II

Wymagane wskazanie:

minimum 5 procedur ICD-9 z listy 1a

rozpoznanie ICD-10 z listy 1b

Lista 1a - ICD-9

- 93.1121 Ćwiczenia bierne wykonywane manualnie
- 93.1122 Ćwiczenia bierne redresyjne
- 93.1131 Ćwiczenia czynno-bierne
- 93.1132 Ćwiczenia wspomagane
- 93.1133 Ćwiczenia prowadzone
- 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne
- 93.1204 Ćwiczenia samowspomagane
- 93.1205 Ćwiczenia czynne w odciążeniu
- 93.1301 Ćwiczenia izometryczne
- 93.1303 Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem
- 93.1304 Ćwiczenia izotoniczne
- 93.1305 Ćwiczenia izokinetyczne
- 93.14 Odtwarzanie gry stawowej
- 93.1501 Mobilizacja odcinka szyjnego kręgosłupa
- 93.1502 Mobilizacja odcinka piersiowego kręgosłupa

93.1503 Mobilizacja odcinka lędźwiowego kręgosłupa
93.1601 Mobilizacja małych stawów
93.1602 Mobilizacja dużych stawów
93.1701 Ćwiczenia bierne wykonywane mechanicznie
93.1804 Ćwiczenia i kinezyterapia oddechowa – oklepywanie
93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe
93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem
93.1814 Nauka kaszlu i odksztuszania
93.1901 Ćwiczenia równoważne
93.1902 Ćwiczenia rozluźniające i relaksujące
93.1903 Ćwiczenia sprawności manualnej
93.1904 Ćwiczenia samoobsługi
93.1907 Ćwiczenia zespołowe
93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne
93.1911 Ćwiczenia koordynacji ruchowej
93.1912 Poizometryczna relaksacja mięśni
93.1913 Ćwiczenia koordynacyjno-równoważne wg Frenkla
93.1914 Ćwiczenia ułożeniowe Bürgera
93.1915 Ćwiczenia synergistyczne
93.2201 Pionizacja bierna
93.2202 Pionizacja czynna
93.2203 Przygotowanie do chodzenia
93.2204 Nauka czynności lokomocyjnych
93.2401 Ćwiczenia używania protez i aparatów ortopedycznych
93.2402 Nauka chodu o kulach i innym sprzęcie pomocniczym
93.27 Stretching mięśni lub ścięgien
93.28 Stretching powięzi
93.3101 Indywidualne ćwiczenia w wodzie
93.3301 Kąpiel wirowa kończyn górnych
93.3302 Kąpiel wirowa kończyn dolnych
93.3501 Ciepłe suche okłady
93.3802 Metody reedukacji nerwowo-mięśniowej - metoda SI
93.3806 Metody neurofizjologiczne - Metoda Wojty
93.3807 Metody neurofizjologiczne - Metoda NDT Bobath
93.3808 Metody neurofizjologiczne - Metoda PNF
93.3810 Metody neurofizjologiczne - ćwiczenia wspomagane zastępczym sprzężeniem zwrotnym (biofeedback)
93.3812 Plastrowanie dynamiczne /Kinesiology Taping/
93.3814 Metoda Bad Ragaz - Ring

93.3827 Metody terapii manualnej - inne
93.3912 Masaż klasyczny - częściowy
93.3913 Masaż segmentarny
93.3916 Masaż pneumatyczny
93.3917 Masaż mechaniczny
93.3919 Galwanizacja
93.3920 Jonoforeza
93.3927 Tonoliza
93.3928 Prądy diadynamiczne
93.3929 Prądy interferencyjne
93.3930 Prądy TENS
93.3931 Prądy KOTZA
93.3932 Prądy TRABERTA
93.3937 Naświetlanie promieniami IR - miejscowe
93.3939 Laseroterapia
93.3940 Laseroterapia punktowa
93.3943 Ultradźwięki
93.3944 Fonoforeza
93.3948 Fango
93.3951 Krioterapia miejscowa ciekłym azotem
93.3953 Zawijania lub okłady borowinowe częściowe
93.3966 Kąpiel kwasowęglowa
93.3967 Kąpiel siarczkowa
93.3982 Pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości
93.3983 Pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości
93.3986 Drenaż limfatyczny miejscowy
93.3988 Elektrostymulacja mięśni
93.83 Terapia zajęciowa

Lista 1b - ICD-10

G35 - stwardnienie rozsiane.

Załącznik Nr 11b do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 sierpnia 2022 r.

Wybrane kody procedur ICF stosowanych u osób chorych na SM

STRUKTURY CIAŁA Struktury ciała ludzkiego to jego części anatomiczne takie jak narządy, kończyny i ich elementy składowe. Upośledzenia to zmiany struktury ciała takie jak utrata lub istotne odchylenie od normy.		Brak upośledzenia (0-4%)	Niewielkie upośledzenie (5-24%)	Umiarkowane upośledzenie (25-49%)	Znaczne upośledzenie (50-95%)	Skrajne upośledzenie (96-100%)	Nieokreślone	Nie dotyczy	Osoba odpowiedzialna za badanie			
S 11 0	Struktura mózgu	Upośledzenie	0	1	2	3	4	8	9	Lekarz		
	Charakter	0	1	2	3	4	5	6	7		8	9
	Miejsce	0	1	2	3	4	5	6	7		8	9
	Źródło informacji:											
			Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta		Badanie kliniczne		Badanie specjalistyczne			
	Opis problemu -											
S 12 0	Rdzeń kręgowy i struktury powią	Upośledzenie	0	1	2	3	4	8	9	Lekarz		

zane															
Charakter		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Miejsce		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Źródło informacji:															
		Historia przypadku			Kwestionariusz pacjenta			Badanie kliniczne			Badanie specjalistyczne				
Opis problemu -															
FUNKCJE CIAŁA Funkcje ciała ludzkiego (z włączeniem funkcji psychicznych) są to procesy fizjologiczne poszczególnych układów ciała. Upośledzenia są to zmiany funkcji ciała, takie jak utrata lub istotne odchylenie od stanu prawidłowego.								Brak upośledzenia (0-4%)	Niewielkie upośledzenie (5-24%)	Umiarkowane upośledzenie (25-49%)	Znaczne upośledzenie (50-95%)	Skrajne upośledzenie (96-100%)	Nieokreślone	Nie dotyczy	Osoba odpowiedzialna za badanie
B130	Funkcje energii i napędu							0	1	2	3	4	8	9	
Ogólne funkcje psychiczne, o podłożu fizjologicznym i psychologicznym, pobudzające do nieustannego działania na rzecz zaspakajania swoistych potrzeb i celów ogólnych. Obejmuje: funkcje określające poziom energii, motywację, apetyt, i głód, (w tymi substancji, które mogą być nadużywane) i panowanie nad impulsami Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje temperamentu i osobowości (b126); funkcje snu (b134); funkcje psychomotoryczne (b147); funkcje emocjonalne (b152)															
Źródło informacji:															
		Historia przypadku			Kwestionariusz pacjenta			Badanie kliniczne			Badanie specjalistyczne				
Opis problemu -															
B152	Funkcje pamięci							0	1	2	3	4	8	9	
Swoiste funkcje psychiczne umożliwiające rejestrowanie i przechowywanie informacji oraz - w razie potrzeby – odtwarzanie jej. Obejmuje: funkcje związane z pamięcią krótkotrwałą i długotrwałą, natychmiastową, świeżą i odległą; rozpiętość pamięci; odtwarzanie pamięci, przypominanie; funkcje wykorzystywane w trakcie przywoływania z pamięci i uczenia się jak w niepamięci nominalnej, wybiórczej i dysocjacyjnej. Nie obejmuje: funkcje świadomości (b110); funkcje orientacji (b114); funkcje intelektualne (b117); funkcje uwagi (b140); funkcje percepcyjne (b156); funkcje myślenia (b160); wyższe funkcje poznawcze (b164); funkcje językowe (b167); funkcje liczenia (b172)															

	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu -								
B1 64	Wyższe funkcje poznawcze	0	1	2	3	4	8	9	
	Swoiste funkcje psychiczne zależne szczególnie od płatów czołowych mózgu odpowiedzialne za złożone postępowanie ukierunkowane na osiągnięcie celu, myślenie abstrakcyjne, planowanie i realizację planów, elastyczność umysłową i decydowanie jakie zachowania są odpowiednie w danych okolicznościach, często nazywane funkcjami wykonawczymi. Obejmuje: funkcje abstrahowania i organizacji pojęć, zarządzanie czasem, wgląd i zdolność osądu, tworzenie pojęć, kategoryzacja i elastyczność poznawcza, Nie obejmuje: funkcje pamięci (b144); funkcje myślenia (b160); funkcje językowe (b167); funkcje liczenia (b172)								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu -								
B2 10	Funkcje widzenia	0	1	2	3	4	8	9	
	Funkcje zmysłowe odnoszące się do odbierania obecności światła oraz wrażenia formy, wielkości, kształtu i koloru bodźca wzrokowego. Obejmuje: funkcje odbierania światła i koloru, ostrość widzenia odległego i bliskiego obrazu, widzenie jednooczne i widzenie obuoczne, pole widzenia, jakość widzenia, jakość obrazu wzrokowego, upośledzenia jak krótkowzroczność, nadwzroczność, astygmatyzm, niedowidzenie połowiczne, ślepotę barw (daltonizm), widzenie tunelowe, mroczek środkowy i obwodowy, widzenie podwójne, ślepotę zmierzchową, zaburzoną zdolność przystosowania się do światła Nie obejmuje: funkcje percepcyjne (b156)								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu -								
B2 80	Czucie bólu	0	1	2	3	4	8	9	
	Wrażenie nieprzyjemnego doznania sygnalizującego potencjalne lub faktyczne uszkodzenie struktury ciała. Obejmuje: uczucie uogólnionego lub umiejscowionego bólu w jednej lub więcej niż w jednej części ciała, ból w dermatomie, ból kłujący, ból piekący, ból tępy, pobolewania, upośledzenia jak: ból mięśniowy, analgezja, przeczulica bólowa								
	Źródło informacji:								
	Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
	Opis problemu -								

B6 20	Funkcje oddawania moczu	0	1	2	3	4	8	9
<p>Funkcje wydalania (emisji) moczu z pęcherza moczowego. Obejmuje: funkcje oddawania moczu, częstość oddawania moczu, zdolność utrzymania moczu; upośledzenia jak: oddawanie moczu w stresie, parcie nagłące, odruchowe oddawanie moczu, przepełnienie, stałe nietrzymanie moczu, wyciekanie moczu kroplami, pęcherz odruchowy, wielomocz, zatrzymanie moczu, nagłe parcie na mocz Nie obejmuje: funkcje wydzielania moczu (b610); wrażenia związane z funkcjami moczowymi (b630)</p>								
Źródło informacji:								
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
Opis problemu -								
B7 30	Funkcje związane z siłą mięśni	0	1	2	3	4	8	9
<p>Funkcje związane z siłą wytwarzaną przez skurcz pojedynczego mięśnia lub grup mięśni. Obejmuje: funkcje związane z siłą określonych mięśni i grup mięśni, mięśni jednej kończyny, mięśni jednej strony ciała, mięśni dolnej połowy ciała, mięśni wszystkich kończyn, mięśni tułowia i wszystkich mięśni ciała; upośledzenie jak osłabienie małych mięśni stóp i rąk niedowład mięśnia, porażenie mięśnia, porażenie jednej kończyny, porażenie połowiczne, porażenie kończyn dolnych, porażenie czterokończynowe, mutyzm akineetyczny (brak zdolności wykonywania ruchów - bezruch) Nie obejmuje: funkcje narządów dodatkowych oka (b215); funkcje związane z obecnością napięcia mięśni (b735); funkcje związane z wytrzymałością mięśni (b740)</p>								
Źródło informacji:								
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
Opis problemu -								
B7 70	Funkcje dotyczące wzorca chodu	0	1	2	3	4	8	9
<p>Funkcje odnoszące się do takich wzorców ruchu, które związane są z chodzeniem, bieganiem lub innym sposobem poruszania się całego ciała. Obejmuje: wzorec chodzenia i wzorec biegania; upośledzenie jak chód spastyczny, chód w hemiplegii, chód w paraplegii, chód asymetryczny, chromanie, chód usztywniony Nie obejmuje: funkcje związane z siłą mięśni (b730); funkcje związane z obecnością napięcia mięśni (b735); funkcje związane z kontrolowaniem ruchów dowolnych (b760); funkcje związane z wykonywaniem ruchów mimowolnych (b765)</p>								
Źródło informacji:								
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne								
Opis problemu -								

	AKTYWNOŚĆ I UCZESTNICZE NIE = wykonanie działania lub zadania przez osobę i zaangażowanie w sytuację życiową Ile trudności ma osoba w... W = wykonanie... Z = zdolność w...									Osoba odpowiedzialna za badanie
		Brak problemu	Łagodny problem	Umiarkowany problem	znaczny problem	skrajny problem	Nieokreślone	Nie dotyczy		
D1 75	Rozwiązywanie problemów	W	0	1	2	3	4	8	9	
		Z	0	1	2	3	4	8	9	
<p>Znajdowanie odpowiedzi na pytania lub sytuacji poprzez identyfikowanie i analizowanie problemów, ustalanie możliwych rozwiązań i ocenianie potencjalnych skutków tych rozwiązań a następnie wdrażanie wybranego rozwiązania, jak np. rozstrzygnięcie sporu pomiędzy dwoma osobami. Obejmuje: rozwiązywanie prostych i złożonych problemów Nie obejmuje: myślenie (d163), podejmowanie decyzji (d177)</p>										
Źródło informacji:										
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne										
Opis problemu -										
D2 30	Realizowanie dziennego rozkładu zajęć	W	0	1	2	3	4	8	9	
		Z	0	1	2	3	4	8	9	
<p>Podejmowanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z planowaniem, ustalaniem i spełnianiem czynności wynikających z codziennego rozkładu zajęć i obowiązków. jak np. gospodarowanie czasem lub planowanie poszczególnych czynności wykonywanych w ciągu dnia. Obejmuje: ustalanie i spełnianie codziennego rozkładu zajęć; ustalanie poziomu własnej aktywności w ciągu dnia Nie obejmuje: podejmowanie wielu zadań (d220)</p>										
Źródło informacji:										
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne										
Opis problemu -										
D4 50	Chodzenie	W	0	1	2	3	4	8	9	
		Z	0	1	2	3	4	8	9	

		<p>Poruszanie się po powierzchni na stopach, krok po kroku, gdy co najmniej jedna stopa zawsze dotyka ziemi, tak jak np. podczas spacerowania, przechadzania się, chodzenia do przodu, do tyłu lub bokiem. Obejmuje: chodzenie na krótkie lub długie dystanse, chodzenie po różnych powierzchniach, omijanie przeszkód Nie obejmuje: przemieszczanie się (d420); inne sposoby poruszania się (d455)</p>							
		Źródło informacji:							
		Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne			
		Opis problemu -							
D7		W	0	1	2	3	4	8	9
60	Związki rodzinne	Z	0	1	2	3	4	8	9
		<p>Tworzenie i utrzymywanie kontaktów opartych na więzi pokrewieństwa jak np. z członkami najbliższej rodziny, dalszą rodziną, przybraną i adoptowaną rodziną, przyrodnią rodziną i opartych na bardziej odległych związkach jak np. z dalszymi kuzynami lub prawnymi opiekunami. Obejmuje: wzajemne związki pomiędzy rodzicami a dzieckiem i pomiędzy dzieckiem a rodzicami, wzajemne związki pomiędzy rodzeństwem i wzajemne związki pomiędzy B95dalszą rodziną</p>							
		Źródło informacji:							
		Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne			
		Opis problemu -							
D8		W	0	1	2	3	4	8	9
50	Zatrudnienie za wynagrodzeniem	Z	0	1	2	3	4	8	9
		<p>Zaangażowanie we wszystkie aspekty pracy, na posadzie, w handlu, w ramach wykonywania określonego zawodu lub w innej formie zatrudnienia, za wynagrodzeniem, jako pracownik na etacie, w pełnym lub częściowym wymiarze czasu lub w formie samozatrudnienia, np. poszukiwanie i uzyskiwanie pracy, wykonywanie wymaganych zadań w pracy, przybywanie do pracy punktualnie zgodnie z wymogami, nadzorowanie innych pracowników lub podleganie nadzorowi i podejmowanie wymaganych zadań samodzielnie lub w grupach. Obejmuje: samozatrudnienie, zatrudnienie w częściowym lub pełnym wymiarze czasu</p>							
		Źródło informacji:							
		Historia przypadku		Kwestionariusz pacjenta	Badanie kliniczne	Badanie specjalistyczne			
		Opis problemu -							

CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE = Czynniki środowiskowe stanowią fizyczne, społeczne i związane z systemem postaw otoczenie, w którym ludzie żyją i kierują swoim życiem. Jaki zakres ułatwienia lub bariery doświadcza osoba w odniesieniu do...	Całkowite ułatwienie	Znaczne ułatwienie	Umiarkowane ułatwienie	Nieznaczne ułatwienie	Brak bariery/ułatwienia	Nieznaczna bariera	Umiarkowana bariera	Znaczna bariera	Całkowita bariera	Nieokreślone	Nie dotyczy	Osoba odpowiedzialna za badanie	
E3 10	Najbliższa rodzina	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
Osoby spokrewnione przez urodzenie, małżeństwo lub inne związki uznawane zgodnie z normami kulturowymi za najbliższą rodzinę jak: małżonkowie, partnerzy, rodzice, rodzeństwo, dzieci, rodzina zastępcza, rodzice adopcyjni i dziadkowie. Nie obejmuje: dalszą rodzinę (e315); opiekunów asystentów osobistych (e340)													
Źródło informacji:													
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne													
Opis bariery/ułatwienia:													
E3 55	Pracownicy fachowi ochrony zdrowia (profesjonaliści w ochronie zdrowia)	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
Wszyscy oferujący usługi w zakresie systemu ochrony zdrowia, jak: lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, audiolodzy, protetycy, medycyjni pracownicy socjalni. Nie obejmuje: inni pracownicy fachowi (e360)													
Źródło informacji:													
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne													
Opis bariery/ułatwienia:													
E4 10	Postawy członków najbliższej rodziny	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	

Ogólne lub określone opinie i przekonania członków najbliższej rodziny o danej osobie lub o innych kwestiach (np. społecznych, politycznych i ekonomicznych), które wpływają na indywidualne zachowanie i działanie.												
Źródło informacji:												
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne												
Opis bariery/ułatwienia:												
E5 80	Usługi, systemy i polityka w zakresie ochrony zdrowia	+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
Usługi, systemy i polityka dla zapobiegania i leczenia problemów zdrowotnych, zapewniania rehabilitacji medycznej i promowania zdrowego stylu życia. Nie obejmuje: usługi, systemy i polityka w zakresie ogólnego wsparcia społecznego (e575)												
Źródło informacji:												
Historia przypadku Kwestionariusz pacjenta Badanie kliniczne Badanie specjalistyczne												
Opis bariery/ułatwienia:												

Karta Interwencji

Cel i ocena wyników

Cel pacjenta:

Cel długofalowy:

Cel krótkoterminowy 1:

Cel krótkoterminowy 2:

Cel krótkoterminowy 3:

Kategorie ICF		Kwalifikator ICF					Oczekiwany wynik	Rodzaj wsparcia - interwencji	Osoba odpowiedzialna	Kwalifikator ICF					Osiągnięty cel
Kod ICF	Tytuł ICF	0	1	2	3	4			0	1	2	3	4		
s110	Struktura mózgu														
s120	Rdzeń kręgowy i struktury powiązane														
b130	Funkcje energii i napędu														
b152	Funkcje emocjonalne														
b164	Wyższe funkcje poznawcze														
b210	Funkcje widzenia														
b280	Czucie bólu														

b620	Funkcje oddawania moczu														
b730	Funkcje związane z siłą mięśni														
b770	Funkcje dotyczące wzorca chodu														
d175	Rozwiązywanie problemów														
d230	Realizowanie dziennego rozkładu zajęć														
d450	Chodzenie														
d760	Związki rodzinne														
d850	Zatrudnienie za wynagrodzeniem														
e310	Najbliższa rodzina														
e355	Pracownicy fachowi ochrony zdrowia														
e410	Postawy członków najbliższej rodziny														
e580	Usługi, systemy i polityka w zakresie ochrony zdrowia														

Załącznik Nr 12 do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ
 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
 z dnia 29 sierpnia 2022 r.

Oddział Wojewódzki NFZ			
WZÓR SPRAWOZDANIA DOTYCZĄCY WSKAŹNIKÓW REALIZACJI PILOTAŻU			
Okres rozliczeniowy	Data złożenia sprawozdania		
I. DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIODAWCY			
Nazwa			
Umowa nr			
Telefon kontaktowy			
II. WSKAŹNIKI REALIZACJI			
pytanie		odpowiedź	
1. Średnia i mediana czasu od rozpoznania do włączenia leczenia modyfikującego przebieg choroby.			
2. Średnia i mediana tempa zmiany niepełnosprawności świadczeniobiorców (skala EDSS).			
3. Średnia i mediana częstości hospitalizacji.			
4. Średnia i mediana długości hospitalizacji			
5. Średnia i mediana liczby chorych konsultowanych przez specjalistów.			
6. Średnia i mediana liczby konsultacji u pacjenta.			
7. Odsetek chorych rehabilitowanych.			
8. Odsetek chorych skierowanych na konsultacje.			
9. Liczba zadeklarowanych świadczeniobiorców.			

Załącznik Nr 13 do zarządzenia Nr 110/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 sierpnia 2022 r.

Oddział Wojewódzki NFZ									
WZÓR SPRAWOZDANIA DOTYCZĄCY ZAKRESU DANYCH ŚWIADCZENIOBIORCÓW									
Okres rozliczeniowy			Data złożenia sprawozdania						
I. DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIODAWCY									
Nazwa									
Umowa nr									
Telefon kontaktowy									
II. ZAKRES DANYCH DOTYCZĄCYCH ŚWIADCZENIOBIORCÓW									

NUMER PESEL ŚWIADCZENIOBIORCY (jeśli został nadany, a w przypadku osób które nie mają nr pesel - rodzaj i nr dokumentu tożsamości)	DATA ROZPOZNIANIA CHOROBY	CZY OBJĘTY JEST PROGRAMEM LECZENIA LECZENIEM (TAK/NIE)	JAKIM PROGRAMEM LECZENIA JEST OBJĘTY (KOD ZAKRESU)	CZY OBJĘTY JEST LECZENIEM IMMUNOSUPRESYJNYM (TAK/NIE)	LECZENIEM JAKIM LEKIEM IMMUNOSUPRESYJNYM JEST OBJĘTY (KOD EAN)	LICZBĘ DNI (OKRES) OD ROZPOZNIANIA DO WŁĄCZENIA DO PROGRAMU (DATA/NIE)	WARTOŚĆ EDSS	DATA BADAANIA	LICZBA KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH W RAMACH HOSPITALIZACJI W KWARTALE SPRAWOZDAWCZYM	LICZBA KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH POZA HOSPITALIZACJĄ W KWARTALE SPRAWOZDAWCZYM
PESEL										

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM stanowi wykonanie upoważnienia określonego art. 48e ust. 7 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.).

Zarządzenie określa:

- 1) cel programu pilotażowego;
- 2) okres realizacji programu pilotażowego;
- 3) zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy;
- 4) w przypadkach wynikających z celu programu pilotażowego - populację zamieszkującą określony obszar terytorialny objętą programem pilotażowym;
- 5) warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną;
- 6) sposób rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 7) sposób wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania i prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia, lub sposób objęcia przez świadczeniodawcę danej populacji świadczeniami opieki zdrowotnej;
- 8) realizatora programu pilotażowego albo tryb jego wyboru;
- 9) wskaźniki realizacji programu pilotażowego;
- 10) sposób pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego;
- 11) sposób oceny wyników programu pilotażowego;
- 12) podmiot zobowiązany do finansowania programu pilotażowego.

Ponadto, zarządzenie określa zasady konieczne do sprawozdania i rozliczania świadczeń, wzór umowy o realizację świadczeń będących przedmiotem niniejszej regulacji, wzór wniosku o zawarcie umów o realizację przedmiotowego programu pilotażowego, a także wzór sprawozdania, o którym mowa w § 9 ust. 2 pkt 2 ww. zarządzenia. Na podstawie niniejszej regulacji dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia będzie obowiązany do działań zmierzających do zawarcia umów na realizację świadczeń w ramach programu pilotażowego.

Dodatkowo, niniejszym zarządzeniem zwiększa się dostępność opieki kompleksowej dla pacjentów chorych na stwardnienie rozsiane (SM) poprzez zmiany w zakresie kryteriów kwalifikacji pacjentów do programu oraz warunków organizacji świadczeń i warunków ich realizacji. Zmiana polega na zwiększeniu dostępności do leczenia w ramach programu poprzez rozszerzenie kryteriów ich kwalifikacji - zrezygnowano z warunku dotyczącego oceny stanu zdrowia pacjenta obejmującego grupę z umiarkowanym stopniem niesprawności, tj. od 4.0 do 6.5 punktów w skali EDSS. Zostały również złagodzone warunki organizacji świadczeń i warunki ich realizacji m.in. poprzez zmniejszenie liczby świadczeniobiorców z rozpoznanym stwardnieniem rozsianym (SM) objętym opieką jednego ośrodka koordynującego, który obejmuje min. 300 pacjentów (było: od 500 do 1200 pacjentów).

W zakresie wymaganego personelu – w miejsce neuropsychologa, wprowadzono zapis: psycholog kliniczny, zmiana ta ułatwi weryfikację prawidłowości złożonych dokumentów, bo zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia nie figuruje specjalizacja „neuropsycholog”.

Została zniesiona procedura badania urodynamicznego jako obowiązkowego przy rozliczeniu pierwszej konsultacji.

Dostosowano wyceny produktów rozliczeniowych kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem z SM do aktualnych wycen z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości.