

Załącznik do zarządzenia Nr 89/2006
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA

W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ORAZ

O REALIZACJI i FINANSOWANIU UMÓW

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

w rodzaju: opieka długoterminowa

Rozdział 1

Przedmiot postępowania i umowy

§ 1

1. Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka długoterminowa jest zawarcie umowy o udzielanie świadczeń:
 - 1) pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
 - 2) w opiece paliatywno – hospicyjnej;realizowanych w warunkach stacjonarnych, domowych (środowiskowych) lub ambulatoryjnych.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka długoterminowa zwane są dalej „świadczeniami”.
3. Zakresy świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych są określone w Katalogu zakresów świadczeń, stanowiącym **załącznik nr 1a**, a zakresy świadczeń w opiece paliatywno – hospicyjnej są określone Katalogu zakresów świadczeń, stanowiącym **załącznik nr 1b** do Szczegółowych materiałów informacyjnych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka długoterminowa, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.
4. Umowy o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz świadczeń w opiece paliatywno – hospicyjnej zawierane są odrębnie.
5. Wzór umowy o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz świadczeń w opiece paliatywno – hospicyjnej określa odpowiednio **załącznik nr 2a** i **załącznik nr 2b** do materiałów informacyjnych.
6. Umowa może zawierać inne postanowienia niż określone we wzorze umowy pod warunkiem, że nie pozostają one w sprzeczności z postanowieniami określonymi we wzorze umowy.

§ 2

1. Szczegółowy przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń oraz przedmiot umowy określa się z uwzględnieniem nazwy i kodu wskazanego we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002 oraz art. 141, ust.4 ustawy z dnia

27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz.2135 z późn. zm.):

- 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne;
 - 85141210-4 Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych;
 - 85144000-0 Usługi placówek opieki zdrowotnej zapewniających zakwaterowanie;
 - 85141200-1 Usługi świadczone przez pielęgniarki.
2. Pojęcia zdefiniowane w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zachowują nadane im znaczenie.

Rozdział 2

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 3

1. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń odbywa się w drodze konkursu ofert albo rokowań.
2. Podmiot biorący udział w postępowaniu, o którym mowa w ust. 1, powinien spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych i materiałach informacyjnych, a w szczególności określone w **załączniku nr 3a** lub **załączniku nr 3b** do materiałów informacyjnych.
3. Jeżeli świadczeniodawca udziela świadczeń na podstawie umów, o których mowa w § 1 ust. 1, w różnych miejscach, każde z nich musi spełniać wymagania określone w § 3 ust. 2.
4. W przypadku braku możliwości zakontraktowania świadczeń w danym zakresie, w rodzaju opieka długoterminowa, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, w kolejnym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, może warunkowo dopuścić do realizacji świadczeń jednostki niespełniające wymagań określonych w § 3 ust. 2, wskazując jednocześnie termin ich dostosowania do wymogów (nie dotyczy wymagań formalno-prawnych), z jednoczesnym odpowiednim obniżeniem ceny jednostki rozliczeniowej.
5. Świadczeniodawcy realizujący świadczenia w rodzaju opieka długoterminowa zobowiązani są do poinformowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego pacjent złożył deklarację wyboru, o objęciu pacjenta opieką długoterminową.

Rozdział 3

Zasady realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych

§ 4

1. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze przeznaczone są dla osób obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Do stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej nie mogą być przyjmowane osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej, lub u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna albo zaawansowana choroba nowotworowa.
2. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze realizowane są w / przez:
 - 1) oddziałach dla przewlekle chorych;
 - 2) zakładach pielęgnacyjno - opiekuńczych (dla dorosłych, dla dzieci i młodzieży);
 - 3) zakładach opiekuńczo - leczniczych (dla dorosłych, dla wentylowanych mechanicznie, dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym);
 - 4) zakładach opiekuńczo – leczniczych dla dzieci i młodzieży (dla dzieci i młodzieży, dla dzieci wentylowanych mechanicznie);
 - 5) zespół długoterminowej opieki domowej (opieka domowa nad pacjentami wentylowanym mechanicznie, opieka domowa na dziećmi wentylowanymi mechanicznie);
 - 6) pielęgniarską opiekę długoterminową.

Zakresy świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych

§ 5

1. Stacjonarne zakłady długoterminowej opieki zdrowotnej udzielają świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w zakresach:
 - 1) świadczenia w oddziale dla przewlekle chorych;
 - 2) świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dorosłych;
 - 3) świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dzieci i młodzieży;
 - 4) świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dorosłych;
 - 5) świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym.

- 6) świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
 - 7) świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dzieci i młodzieży;
 - 8) świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie.
2. **Podstawowy pakiet świadczeń** pielęgnacyjnych i opiekuńczych, udzielanych w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej:
- 1) świadczenia lekarskie;
 - 2) świadczenia pielęgniarские;
 - 3) rehabilitację zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 4) badania i terapię psychologiczną;
 - 5) terapię zajęciową;
 - 6) leczenie farmakologiczne;
 - 7) leczenie dietetyczne;
 - 8) zabezpieczenie w leki i wyroby medyczne zlecone przez lekarza;
 - 9) zapewnienie niezbędnych konsultacji specjalistycznych;
 - 10) zapewnienie zleconych badań;
 - 11) edukację i poradnictwo zdrowotne;
 - 12) zapewnienie zleconego transportu;
 - 13) zabezpieczenie w środki pomocnicze oraz wyroby medyczne.
3. Stacjonarne zakłady długoterminowej opieki zdrowotnej udzielające świadczeń pielęgnacyjno - opiekuńczych powinny stosować zasady postępowania profilaktyki i leczenia odleżyn zgodnie z **załącznikiem nr 4** do materiałów informacyjnych.
4. **Świadczenia w oddziale dla przewlekle chorych**
- 1) W oddziale dla przewlekle chorych zapewnia się całodobową opiekę i leczenie osób, które przebyły fazę leczenia szpitalnego w oddziałach opieki krótkoterminowej, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, lecz wymagają dalszej hospitalizacji.
 - 2) Świadczenia w oddziale dla przewlekle chorych obejmują świadczenia zawarte w podstawowym pakiecie świadczeń.
5. **Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dorosłych; świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dzieci i młodzieży**
- 1) Zadaniem zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego jest okresowe objęcie

całodobową pielęgnacją i kontynuacja leczenia¹ osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym są niezdolne do samoopieki oraz wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia opieki pielęgniarstwa.

- 2) Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym (dla dorosłych, dla dzieci i młodzieży) obejmują świadczenia zawarte w podstawowym pakiecie świadczeń oraz:
 - a) przygotowanie rekonwalescenta i jego rodziny (opiekuna) do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;
 - b) zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia;
 - c) zmniejszenie skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnianie ruchowe poprzez działanie fizjoterapeutyczne oraz stosowanie rehabilitacji ogólnolnoustrojowej, zgodnie z zaleceniem lekarza.
- 3) Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia karty czynności pielęgnacyjnych, której wzór stanowi **załącznik nr 9** do materiałów informacyjnych.

6. Świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dorosłych; świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym; świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

- 1) Zadaniem zakładu opiekuńczo – leczniczego jest okresowe lub stałe objęcie całodobową pielęgnacją i kontynuacja leczenia¹ osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania

¹ Kontynuacja leczenia oznacza dalsze postępowanie medyczne odpowiadające stanowi zdrowia pacjenta, w tym podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych, niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym, po indywidualnej ocenie lekarza zakładu opieki długoterminowej

w środowisku domowym są niezdolne do samoopieki oraz wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia opieki pielęgniarstwa.

- a) Dla pacjentów wentylowanych mechanicznie zakład opiekuńczo-leczniczy udziela całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej obłożnie chorym z niewydolnością oddechową, wymagających stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii.
 - b) Dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym udziela całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z niekorzystnym rokowaniem, w stosunku, do których zakończono postępowanie lecznicze, niewymagającym hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, chirurgii, neurochirurgii, neurologii i kardiologii, którzy wymagają kompleksowej opieki lekarsko-pielęgniarstwa i rehabilitacji.
- 2) Zakład opiekuńczo-leczniczy o profilu ogólnym po spełnieniu warunków określonych w **załączniku nr 3a** do materiałów informacyjnych, może prowadzić opiekę nad chorymi w stanie wegetatywnym i nad chorymi wentylowanymi mechanicznie.
- 3) Świadczenia w zakładzie opiekuńczo - leczniczym (dla dorosłych) obejmują świadczenia zawarte w podstawowym pakiecie świadczeń oraz:
- a) przygotowanie rekonwalescenta i jego rodziny (opiekuna) do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;
 - b) zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia;
 - c) zmniejszenie skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnianie ruchowe poprzez działania fizjoterapeutyczne oraz stosowanie rehabilitacji ogólnoustrojowej, zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - d) dla pacjentów w stanie wegetatywnym: zapewnienie właściwego do stanu zdrowia pacjenta sposobu odżywiania, zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym.
- 4) Kryteria oceny stanu wegetatywnego (apalicznego):
- a) chorzy pozostają zazwyczaj, mimo otwartych oczu i zachowanych ruchów gałek ocznych bez kontaktu z otoczeniem,

- b) brak słownego czy pisemnego porozumiewania się pomiędzy badającym i chorym,
 - c) brak reakcji emocjonalnych na bodźce słowne,
 - d) brak zrozumiałej mowy czy ruchów warg naśladowujących wyrazy,
 - e) zachowany rytm snu i czuwania,
 - f) zmiennie odruchy pniowe i rdzeniowe, np. zachowane ssanie; żucie; połykanie; odruch źrenic na światło; odruch oczno-mózgowy; odruch chwytny i odruchy ścięgniste,
 - g) brak ruchów dowolnych, brak czynności ruchowych sugerujących wyuczone zachowanie; brak naśladownictwa.
 - h) na bodźce bólowe reakcja ucieczki lub ruchy patologiczne,
 - i) zazwyczaj nienaruszone parametry ciśnienia tętniczego krwi i czynności sercowo-oddechowej,
 - j) nie trzymanie moczu i stolca.
- 5) Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia karty czynności pielęgnacyjnych, której wzór stanowi **załącznik nr 9** do materiałów informacyjnych.

7. Świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dzieci i młodzieży; świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie

- 1) Dla pacjentów wentylowanych mechanicznie zakład opiekuńczo-leczniczy udziela całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej obłożnie chorym z niewydolnością oddechową, wymagających stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, którzy wyrażą świadomą zgodę na ten typ leczenia. W przypadku dzieci wymagana jest zgoda opiekunów prawnych.
- 2) Zakład opiekuńczo-leczniczy o profilu ogólnym po spełnieniu warunków określonych odpowiednio w **załączniku nr 3a** do materiałów informacyjnych, może prowadzić opiekę nad dziećmi wentylowanymi mechanicznie.
- 3) Świadczenia w zakładzie opiekuńczo - leczniczym dla dzieci i młodzieży (dla wentylowanych mechanicznie) obejmują świadczenia zawarte w podstawowym pakiecie świadczeń oraz:
 - a) przygotowanie rekonwalescenta i jego rodziny (opiekuna) do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,

- b) zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia,
 - c) zmniejszenie skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnianie ruchowe poprzez działania fizjoterapeutyczne oraz stosowanie rehabilitacji ogólnoustrojowej, zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 4) Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia karty czynności pielęgnacyjnych, której wzór stanowi **załącznik nr 9** do materiałów informacyjnych.

8. Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie; świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dzieci wentylowanych mechanicznie

- 1) Zespół długoterminowej opieki domowej jest to opieka nad obłożnie chorymi z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej (prowadzonej przez rurkę tracheostomijną) bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy kaski) ciągłej lub okresowej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej, jednak wymagających stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, którzy wyrażą świadomą zgodę na ten typ leczenia, a w przypadku dzieci zgodę opiekunów prawnych.
- 2) Zespół długoterminowej opieki domowej mogą być objęci chorzy, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, aby mogło być zapewnione bezpieczeństwo pacjenta podczas stosowania terapii.
- 3) Zasady prowadzenia wentylacji w warunkach domowych:
 - a) wyposażenie chorych w niezbędny sprzęt medyczny, zgodnie z **załącznikiem 3a** do szczegółowych materiałów informacyjnych;
 - b) stworzenie poczucia bezpieczeństwa chorym i ich najbliższym poprzez zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych przez 24 h na dobę we wszystkie dni w tygodniu.
- 4) Pakiet świadczeń dla pacjentów wentylowanych mechanicznie obejmuje:
 - a) świadczenia lekarskie i pielęgnarskie,

- b) zapewnienie badań diagnostycznych umożliwiających właściwą realizację terapii oddechowej w warunkach domowych, w tym:
 - pełny zakres badań obrazowych w tym: RTG, USG;
 - potencjały wywołane;
 - badania równowagi kwasowo-zasadowej w pełnym zakresie.
- 5) Świadczeniami, wymagającymi stosowania ciągłej lub okresowej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, w warunkach domowych, mogą być objęci pacjenci:
 - a) z udokumentowanym zakończonym leczeniem przyczynowym oraz
 - b) w pełni zdiagnozowani (wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja).

9. Świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej

- 1) Pielęgniarska opieka długoterminowa jest to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Pacjenci w pielęgniarskiej opiece długoterminowej nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego i z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Celem pielęgniarskiej opieki długoterminowej jest:
 - a) zapewnienie świadczeń pielęgniarskich w środowisku domowym pacjentom obłożnie chorym;
 - b) przygotowanie chorego (i jego rodziny) do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością.
- 3) Do zadań pielęgniarskiej opieki długoterminowej należy:
 - a) realizacja świadczeń pielęgnacyjnych zgodnie z procesem pielęgnowania;
 - b) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
 - c) edukacja zdrowotna osób objętych opieką oraz członków ich rodzin;
 - d) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu.

- 4) Do pielęgniarstwa opieki długoterminowej mogą być zakwalifikowani pacjenci przewlekle chorzy, niezdolni do samoopieki, którzy w ocenie stanu samoobsługi pacjenta otrzymali 6 punktów lub mniej i wymagają bezwzględnie realizacji przynajmniej jednego z wymienionych świadczeń pielęgniarstwa przez okres powyżej 2 tygodni:
 - a) kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia,
 - b) wykonywania zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach, odleżynach, troficznych owrzodzeniach podudzi i trudno gojących się ranach,
 - c) karmienia przez zgłębnik i przez przetokę,
 - d) płukania pęcherza moczowego,
 - e) pielęgnacji pacjenta z rurką tracheotomijną,
 - f) zakładanie i usuwanie cewnika (stałe zlecenie lekarskie),
- 5) Pielęgniarka opieki długoterminowej działa na obszarze o promieniu średnio do 30 km.
- 6) Pielęgniarka opieki długoterminowej nie może udzielać świadczeń chorym:
 - a) objętym opieką przez hospicjum domowe,
 - b) objętym opieką przez inne stacjonarne placówki opieki długoterminowej,
 - c) w ostrej fazie choroby psychicznej.
- 7) Pielęgniarka opieki długoterminowej nie może pełnić funkcji pielęgniarki środowiskowej / rodzinnej i pielęgniarki w gabinecie zabiegowym i szczepień.
- 8) Pielęgniarka opieki długoterminowej zobowiązana jest do współpracy i informowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki środowiskowej / rodzinnej, do których pacjent złożył deklarację wyboru, o rozpoczęciu i zakończeniu udzielania świadczeń oraz o istotnych zmianach w stanie zdrowia świadczeniobiorcy, w tym skutkujących brakiem kryteriów zakwalifikowania pacjenta do pielęgniarstwa opieki długoterminowej.
- 9) Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia karty czynności pielęgnacyjnych, której wzór stanowi **załącznik nr 5** do materiałów informacyjnych.

Tryb kierowania świadczeniobiorców do objęcia opieką długoterminową

§ 6

1. Do **oddziału dla przewlekle chorych** pacjent kierowany jest bezpośrednio przez lekarza prowadzącego z oddziału opieki krótkoterminowej. W oddziale dla przewlekle chorych pacjent może przebywać czasowo do 30 dni. W przypadku przewidywanej konieczności kontynuacji opieki długoterminowej, świadczeniodawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu umieszczenia pacjenta w zakładzie opiekuńczo - leczniczym bądź pielęgnacyjno - opiekuńczym przed upływem 30 dni.
2. Sposób i tryb kierowania osób do zakładów pielęgnacyjno - opiekuńczych i opiekuńczo - leczniczych oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w zakładach:
 - 1) **publicznych** – określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz szczegółowych zasad odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. 98.166 poz. 1265) oraz **załącznik nr 10** do szczegółowych materiałów informacyjnych, który jest wypełniany przez pielęgniarkę środowiskową;
 - 2) **niepublicznych** - decyzję o przyjęciu do zakładu podejmuje dyrektor zakładu w porozumieniu z lekarzem zakładu w oparciu o dokumentację określoną w pkt 1).
3. Do **zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego** o profilu ogólnym może zostać przyjęta osoba, wymagająca całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, w przebiegu choroby przewlekłej, która w ocenie stanu samoobsługi pacjenta otrzymała 6 punktów lub mniej (na podstawie **załącznika nr 10** szczegółowych materiałów informacyjnych).
 - 1) W przypadku skierowania chorego na pobyt czasowy do zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego lub opiekuńczo - leczniczego, czas pobytu wynosi do 6 miesięcy. Przedłużenie czasu pobytu w uzasadnionych medycznie przypadkach wymaga pisemnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, zgodnie z **załącznikiem 13** do szczegółowych materiałów informacyjnych;
 - 2) Do zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego lub opiekuńczo – leczniczego o profilu ogólnym nie może być przyjęty pacjent w ostrej fazie choroby psychicznej lub w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W przypadku chorych z rozpoznaną chorobą psychiczną niezbędne jest przedstawienie zaświadczenia wydanego przez specjalistę psychiatrę o braku przeciwwskazań do pobytu w zakładach o profilu

ogólnym.

4. Do **zakładu opiekuńczo – leczniczego dla dzieci i młodzieży** stosuje się tryb przyjęcia określony odpowiednio w ust. 3.
5. Podstawą do objęcia opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej jest skierowanie lekarza prowadzącego pacjenta w oddziale szpitalnym. Do skierowania należy dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - 2) wyniki badań będących w posiadaniu pacjenta lub jego rodziny/ opiekunów;
 - 3) kwalifikację lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.
6. Dokumentacją wymaganą do objęcia chorego **pielęgniarską opieką długoterminową** jest:
 - 1) skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego stanowiące **załącznik nr 7** do materiałów informacyjnych;
 - 2) kwalifikacja pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową, której wzór stanowi **załącznik nr 6** do materiałów informacyjnych.
7. Czas objęcia chorego pielęgniarską opieką długoterminową jest warunkowany stanem zdrowia pacjenta, ale nie może przekraczać 6 miesięcy. W uzasadnionych przypadkach przedłużenie objęcia opieką może nastąpić, po uzyskaniu zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu. Przedłużenie objęcia opieką na czas dłuższy niż 6 miesięcy lub poza okres określony w skierowaniu lekarza kierującego może nastąpić, na podstawie prowadzonej dokumentacji medycznej oraz oceny stanu zdrowia pacjenta dokonanej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie dokumentacji określonej w ust. 6.

§ 7

1. W porozumieniu z lekarzem zakładu opieki zdrowotnej udzielającym świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych pacjent może uzyskać przepustkę. W tych przypadkach zakład zapewnia pacjentowi leki i wyroby medyczne.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udokumentowania pobytu świadczeniobiorcy na przepustce. Łączny czas pobytu na przepustkach nie może być dłuższy niż 10% czasu pobytu w zakładzie świadczeniodawcy.
3. Pobyt pacjenta w szpitalu, w trakcie objęcia opieką długoterminową nie wymaga ponownego składania wniosku o przyjęcie do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego,

opiekuńczo-leczniczego bądź pielęgniarstwa opieki długoterminowej i jego potwierdzenia przez Fundusz.

Rozdział 4

Zasady realizacji świadczeń w opiece paliatywno - hospicyjnej

§ 8

1. Świadczenia w opiece paliatywno - hospicyjnej są wszechstronną, całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta sprawowana zazwyczaj jest u kresu życia lub w fazie znacznego zaawansowania choroby i ma na celu zapobieganie i uśmierzenie bólu i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia opieki paliatywno - hospicyjnej obejmują również wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby jak i w okresie osierocenia, po śmierci chorego². U każdego pacjenta wizyty odbywają się w zależności od potrzeb średnio 3 wizyty w tygodniu w przeliczeniu na wszystkich pacjentów objętych opieką przez członków wielospecjalistycznego zespołu, w tym nie mniej niż 2 wizyty lekarskie w miesiącu. Celem tych działań, sprawowanych przez wielodyscyplinarny zespół jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin.
2. Świadczenia w opiece paliatywno - hospicyjnej realizowane są w / przez:
 - 1) oddziałach medycyny paliatywnej;
 - 2) hospicjum stacjonarnym;
 - 3) hospicjum domowym (dla dorosłych, dla dzieci);
 - 4) poradni medycyny paliatywnej;
3. Świadczenia w opiece paliatywno – hospicyjnej udzielane są w warunkach:
 - 1) stacjonarnych – oddział medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarne;
 - 2) domowych – hospicjum domowe;
 - 3) ambulatoryjnych – poradnia medycyny paliatywnej.

² Opieka paliatywna/ hospicyjna jest to całościowe postępowanie mające na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z problemami związanymi z zagrażającą życiu, postępującą chorobą, poprzez zapobieganie i niesienie ulgi w cierpieniu przez wczesne ich wykrycie, całościową ocenę i leczenie uwzględniające uśmierzenie bólu, duszności i inne czynniki somatyczne oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów psycho-socjalnych i duchowych wraz ze wsparciem dla rodziny chorego podczas choroby i w okresie żałoby. Szereg działań z zakresu opieki paliatywnej jest podejmowanych we wcześniejszym okresie choroby jeszcze w okresie leczenia mającego na celu przedłużenie życia – definicja OPH (WHO 2002)

Zakresy świadczeń w opiece paliatywno - hospicyjnej

§ 9

1. Świadczenia w opiece paliatywno - hospicyjnej realizowane są w następujących zakresach:
 - 1) świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej;
 - 2) świadczenia w hospicjum stacjonarnym;
 - 3) świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych;
 - 4) świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci;
 - 5) porada w poradni medycyny paliatywnej.
2. **Wykaz świadczeń udzielanych** w opiece paliatywnej - hospicyjnej obejmuje:
 - 1) całodobową dostępność do świadczeń przez 7 dni w tygodniu (także w święta) – w warunkach stacjonarnych i domowych;
 - 2) całodobową opiekę medyczną - w warunkach stacjonarnych;
 - 3) pełne zabezpieczenie w leki - w warunkach stacjonarnych;
 - 4) leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna);
 - 5) leczenie innych objawów somatycznych;
 - 6) świadczenia pielęgniarские;
 - 7) zapobieganie powikłaniom;
 - 8) rehabilitacja zgodnie ze zleceniem lekarza hospicjum;
 - 9) zapewnienie specjalistycznych konsultacji medycznych zleconych przez lekarza hospicjum;
 - 10) kierowanie na specjalistyczne konsultacje medyczne w poradni medycyny paliatywnej;
 - 11) zapewnienie realizacji zleconych badań;
 - 12) zapewnienie zleconego transportu;
 - 13) zaspokajanie potrzeb psychicznych;
 - 14) pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych;
 - 15) zaspokajanie potrzeb duchowych;
 - 16) bezpłatne wypożyczanie sprzętu do pielęgnacji chorego oraz sprzętu rehabilitacyjnego i aparatury medycznej (dotyczy hospicjum domowego);
 - 17) edukacja i poradnictwo zdrowotne;
 - 18) „opieka wyręczająca” w warunkach stacjonarnych - przyjmowanie chorych na okres czasowy (nie dłużej niż 10 dni);
 - 19) opieka nad osieroconymi;

- 20) terapia zajęciowa (jeżeli istnieje uzasadniona potrzeba);
 - 21) profilaktyki i leczenia odleżyn (zasady postępowania stanowią **załącznik nr 4** do materiałów informacyjnych).
3. Warunkami objęcia chorego opieką paliatywną są:
- 1) wskazania medyczne, które określa lekarz z zespołu opieki paliatywnej;
 - 2) faza znacznego zaawansowania choroby;
 - 3) potrzeby chorego w zakresie opieki paliatywnej;
 - 4) zgoda pacjenta lub jego rodziny na objęcie opieką paliatywno - hospicyjną wyrażona na piśmie; w przypadku dzieci, przez rodziców/opiekunów prawnych, a po 16 r. życia także przez chore dziecko, stanowiąca **załącznik nr 11** do materiałów informacyjnych;
 - 5) skierowanie lekarza.
3. Każdy pacjent skierowany w terminalnej fazie choroby, musi być objęty opieką lub należy mu wskazać innego świadczeniodawcę, właściwego ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania. Każde zgłoszenie pacjenta musi być odnotowane w dokumentacji prowadzonej przez świadczeniodawcę.
- 4. Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej; świadczenia w hospicjum stacjonarnym**
- 1) W hospicjach stacjonarnych / oddziałach medycyny paliatywnej pacjenci z chorobą nowotworową stanowią 90% chorych. Pacjenci z innymi schorzeniami, bez nadziei na wyleczenie mogą stanowić 10% ogółu objętych opieką. Zwiększenie liczby pacjentów nienowotworowych powyżej 10% jest możliwe po uzyskaniu zgody oddziału wojewódzkiego Funduszu.
 - 2) Oddział medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarne nie może funkcjonować w ramach innego oddziału, musi być odrębną komórką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej.
 - 3) Średni czas opieki w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnego wynosi 30 dni.
- 5. Świadczenia w hospicjum domowym; świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci**
- 1) Spośród pacjentów hospicjum domowego 90% stanowią osoby w terminalnym stanie choroby nowotworowej.
 - 2) Hospicjum domowe działa na obszarze o promieniu średnio do 30 km.
 - 3) Wizyta hospicjum domowego odbywa się w dniu zgłoszenia, lub w dniu

następnym po uzgodnieniu z pacjentem lub rodziną.

- 4) Średni czas opieki nad dorosłym wynosi 90 dni.
- 5) W trakcie sprawowania opieki, podczas każdej wizyty, chorzy i ich rodziny/opiekunowie otrzymują: dokładne pisemne zlecenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego i leczniczego oraz są informowani o innych formach opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz o zasadach jej prowadzenia. Otrzymują także informację o numerach telefonów personelu hospicjum domowego, gotowego do udzielenia porad telefonicznych w każdym dniu tygodnia i w razie potrzeby do złożenia wizyty w domu.
- 6) Hospicjum domowe udziela świadczeń opieki paliatywno – hospicyjnej również dzieciom z chorobą nowotworową i innymi chorobami nienowotworowymi, które nie mają nadziei na wyleczenie.
- 7) Grupy chorób nienowotworowych określone są w **załączniku 12** do materiałów informacyjnych.
- 8) Zwiększenie liczby pacjentów nienowotworowych powyżej 40% w przypadku dzieci chorujących na inne schorzenia bez nadziei na wyleczenie jest możliwe po uzyskaniu zgody oddziału wojewódzkiego Funduszu.
- 9) Hospicjum domowe udzielające świadczeń w opiece paliatywno – hospicyjnej dzieciom musi mieć zapewniony dostęp do zaplecza medycznego:
 - a) oddziału pediatrycznego z możliwością okresowej hospitalizacji,
 - b) konsultantów: pediatry (odpowiednich specjalności), chirurg dziecięcy, anestezjolog, psychiatra, stomatolog, rehabilitant, onkolog;
- 10) Ogólne kryteria przyjęcia dziecka do hospicjum domowego:
 - a) choroba nieuleczalna (tzw. schorzenie ograniczające życie), charakter postępujący, faza terminalna;
 - b) wiek poniżej 18 lat;
 - c) przynajmniej jeden stały opiekun, który może sprawować całodobową opiekę;
 - d) nie planowanie leczenia przedłużającego życie (np. chemioterapii, intensywnej terapii itp.);
 - e) teren działania hospicjum domowego jest obszar o promieniu do 100 km (czas dojazdu samochodem ok. 2 godzin).

6. Porada w poradni medycyny paliatywnej

- 1) Poradnia medycyny paliatywnej udziela:

- a) porad, w tym psychologicznych;
 - b) lekarskich i pielęgniarzkich wizyt domowych chorym z zaawansowaną chorobą, najczęściej nowotworową;
 - c) wsparcia rodzinie chorego z uwzględnieniem zespołowego podejścia do chorego i jego rodziny.
- 2) Porada w poradni medycyny paliatywnej jest to świadczenie lekarza specjalisty (pierwszorazowej i kolejne wizyty), związane z ciągłością leczenia, obejmujące:
- a) badania podmiotowe;
 - b) badanie przedmiotowe;
 - c) ordynację leków (w tym leków przeciwbólowych);
 - d) zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych;
 - e) zlecenie i wykonywanie zabiegów leczniczych;
 - f) zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych;
 - g) kierowanie na konsultacje, do szpitala, do zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń w opiece paliatywno – hospicyjnej w warunkach stacjonarnych;
 - h) wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta;
 - i) wizytę domową.
- 3) Opieka sprawowana jest wobec chorych, którzy mogą przybyć do poradni lub, ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się, ale stabilny stan ogólny, wymagają wizyt domowych.
- 4) Wizyty domowe nie powinny być realizowane częściej niż raz w tygodniu. Chorzy, którzy wymagają częstszych wizyt lub ciągłej opieki w miejscu zamieszkania powinni być kierowani do hospicjum domowego.
- 5) Poradnia medycyny paliatywnej powinna być integralnie związaną z hospicjum domowym i / lub stacjonarnym lub oddziałem medycyny paliatywnej.

Zasady finansowania świadczeń

§ 10

1. Sposobem rozliczania świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 2 jest cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej.
2. Jednostką rozliczeniową świadczeń jest punkt.

3. Kwota zobowiązania określona w umowie stanowi sumę iloczynów liczby punktów z poszczególnych zakresów i ceny punktu odpowiadającej odpowiednim zakresom.

§ 11

Świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

- 1) do rozliczenia pobyków stacjonarnych wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane,
- 2) dzień przyjęcia do opieki i dzień jej zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w warunkach domowych,
- 3) w przypadku okresowego pobytu w szpitalu, dzień skierowania do szpitala i powrotu ze szpitala traktowany jest jako jeden osobodzień wykazywany przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń,
- 4) w przypadku świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych dzień przyjęcia i dzień zgonu wykazywane są jako dwa osobodni,
- 5) Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia w trakcie pobytu pacjenta w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej udzielającym świadczeń pielęgnacyjno - opiekuńczych, jeżeli przebywa na przepustce.

§ 12

1. W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych Fundusz nie finansuje kosztów żywienia i zakwaterowania.
2. Finansowanie pobytu pacjenta przez okres dłuższy niż wskazany w skierowaniu wymaga uzyskania zgody oddziału wojewódzkiego Funduszu. W takim przypadku Świadczeniodawca zobowiązany jest do przedstawienia aktualnej oceny stanu zdrowia pacjenta przez lekarza zakładu.
3. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci i młodzieży i zakładów opiekuńczo-leczniczych dla dzieci i młodzieży.

Załączniki:

Załącznik nr 1a –Katalog zakresów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych

Załącznik nr 1b –Katalog zakresów świadczeń w opiece paliatywno - hospicyjnej

Załącznik nr 2a –Wzór umowy o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych

Załącznik nr 2b –Wzór umowy o udzielanie świadczeń w opiece paliatywno - hospicyjnej

Załącznik nr 3a –Wymagania wobec świadczeniodawców- świadczenia pielęgnacyjno i opiekuńcze

Załącznik nr 3b – Wymagania wobec świadczeniodawców - świadczenia w opiece paliatywno - hospicyjnej

Załącznik nr 4 –Zasady postępowania w profilaktyce i leczeniu odleżyn

Załącznik nr 5 –Karta czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej

Załącznik nr 6 –Kwalifikacja pielęgniarstwa do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową

Załącznik nr 7 – Skierowanie do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową

Załącznik nr 8 – Standardowe wyposażenie nesesera pielęgniarstwa

Załącznik nr 9 –Karta czynności pielęgnacyjnych dla ZOL i ZPO

Załącznik nr 10 –Karta oceny stanu samoobsługi pacjenta

Załącznik nr 11 –Zgoda pacjenta objęcia opieką paliatywno – hospicyjną

Załącznik nr 12 – Grupy chorób nienowotworowych

Załącznik nr 13 – Karta przedłużenia pobytu w ZOL / ZPO

Katalog zakresów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych

Lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń	Świadczenia sprawozdwane	Kod świadczenia sprawozdawanego	Wycena punktowa świadczenia sprawozdawanego
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	4170	oddział dla przewlekłe chorych	świadczenia w oddziale dla przewlekłe chorych	06.4170.021.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000004	7,0
2	5160	zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy	świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dorosłych	06.5160.026.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000006	6,0
3	5161	zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy dla dzieci i młodzieży	świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dzieci i młodzieży	06.5161.026.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000008	6,0
4	5170	zakład opiekuńczo - leczniczy	świadczenia w zakładzie opiekuńczo - leczniczym dla dorosłych	06.5170.026.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000010	6,5
			świadczenia w zakładzie opiekuńczo - leczniczym dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym	06.5170.027.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000019	15,0
			świadczenia w zakładzie opiekuńczo - leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	06.5170.028.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000015	19,0
5	5171	zakład opiekuńczo – leczniczy dla dzieci i młodzieży	świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dzieci i młodzieży	06.5171.026.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000012	7,0
			świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie	06.5171.027.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000016	19,0
6	2140	zespół długoterminowej opieki domowej	świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	06.2140.026.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000017	19,0
7	2141	zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży	świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie	06.2141.026.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000018	19,0
8	2142	pielęgniarska opieka długoterminowa	świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej	06.2142.026.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000020	3,0

Katalog zakresów świadczeń w opiece paliatywno-hospicyjnej

Lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń	Świadczenia sprawozdawane	Kod świadczenia sprawozdawanego	Wycena punktowa świadczenia sprawozdawanego
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	4180	oddział medycyny paliatywnej	świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej	06.4180.021.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000005	15,0
2	5180	hospicjum stacjonarne	świadczenia w hospicjum stacjonarnym	06.5180.026.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000014	15,0
3	2180	hospicjum domowe	świadczenia w hospicjum domowym	06.2180.027.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000002	4,5
4	2181	hospicjum domowe dla dzieci	świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	06.2181.027.02	punkt	osobodzień	5.15.00.0000003	6,0
5	1180	poradnia medycyny paliatywnej	porada w poradni medycyny paliatywnej	06.1180.007.02	punkt	porada	5.15.00.0000001	4,0

06/1/OPD/2007

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA
- ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - **Oddziałem
Wojewódzkim** w z siedzibą:
..... (ADRES), reprezentowanym przez
....., zwanym dalej **“Oddziałem Funduszu”**

a

....., reprezentowanym przez
....., zwanym dalej **“Świadczeniodawcą”**.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, w rodzaju opieka długoterminowa, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do umowy.
2. **Świadczeniodawca** zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w **”SZCZEGÓLOWYCH MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU OPIEKA DŁUGOTERMINOWA”**, wprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.
3. Zmiana materiałów informacyjnych następuje nie częściej niż raz w roku z mocą obowiązującą od pierwszego dnia następnego okresu rozliczeniowego.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem nr Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia2006 r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są zgodnie z „Harmonogramem pracy” stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie osób udzielających świadczenia”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie Świadczeniodawcy”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
4. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i materiałach informacyjnych.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 197 poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. wynosi maksymalnie zł (słownie: zł).
2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr

4. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera w sobie kwotę stanowiącą realizację art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076), w wysokości zł (słownie.....zł), zwaną dalej „środkami na podwyżki”.
5. Środki na podwyżki będą przekazywane w równych miesięcznych ratach w terminach do 5 dnia miesiąca, następującego po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy.
6. Świadczeniodawca wystawia faktury oddziałowi Funduszu z tytułu, o którym mowa w ust. 4, do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym nastąpi przekazanie raty środków na podwyżki.

KARY UMOWNE

§ 5

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2 nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dniar.

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

§ 7

1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza materiały informacyjne na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego.
2. Oddział Funduszu przedstawia w terminie do dnia 30 września danego okresu rozliczeniowego propozycję kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy.
3. Ustalenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane jest w terminie do dnia 30 listopada danego okresu rozliczeniowego.

4. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy lub planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy, w terminie określonym w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego okresu rozliczeniowego. Oddział Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego okresu rozliczeniowego, na zasadach obowiązujących w grudniu danego okresu rozliczeniowego.

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 rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 10

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

PODPISY STRON

.....

.....

.....

.....

Świadczeniodawca

Oddział Funduszu

Wykaz załączników do umowy:

- 1) **Załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **Załącznik nr 2 do umowy** – Wykaz osób udzielających świadczeń;
- 3) **Załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz podwykonawców

kod świadczeniodawcy
ŚWIADCZENIODAWCA

umowa nr:

Załącznik nr 1 do umowy 06/1/OPD/2007
nr pierwotny umowy:
OW NFZ

Plan rzeczowo-finansowy
rodzaj świadczeń: opieka długoterminowa
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze

lp.	zakres świadczeń	kod zakresu świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: do		
			liczba jednostek rozliczeniowych	cena jedn. rozlicz. (zł)	wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy)					

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem zakresy

razem zakresy	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)
		styczeń		luty		marzec		kwiecień
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych
- poszczególne zakresy (odrębnie dla każdego zakresu objętego umową)

kod zakresu	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

(Pieczęć świadczeniodawcy)

Wykaz osób udzielających świadczeń

Numer umowy Nazwa Świadczeniodawcy

Grupa zawodowa 1***System pracy 1: system stały¹**

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje**	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu operacyjnego	czas pracy (dni i godziny)						Liczba godzin tygodniowa	uwagi
										poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota		
										od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje*	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu	Średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje*	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu	Średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 2: pielęgniarki**System pracy 1: system stały¹**

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje**	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu operacyjnego	czas pracy (dni i godziny)						Liczba godzin tygodniowa	uwagi	
										poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota			
										od do	od do	od do	od do	od do	od do			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje*	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu operacyjnego ¹	Średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje*	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu operacyjnego ¹	Średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	21
1											
2											
3											
4											
5											

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Wykaz podwykonawców

lp.	nazwa podwykonawcy	przedmiot umowy	adres miejsca udzielania świadczeń	czas obowiązywania umowy
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

06/2/OPD/2007

UMOWA Nr/.....

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

- OPIEKA PALIATYWNA - HOSPICYJNA

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - **Oddziałem**

Wojewódzkim w z siedzibą:

..... (ADRES), reprezentowanym przez

....., zwanym dalej **“Oddziałem Funduszu”**

a

....., reprezentowanym przez

....., zwanym dalej **“Świadczeniodawcą”**.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest kompleksowe i całodobowe organizowanie i udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych lub domowych, w rodzaju opieka długoterminowa (opieka paliatywna-hospicyjna), zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w **“SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU OPIEKA DŁUGOTERMINOWA”**, wprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.
3. Zmiana materiałów informacyjnych następuje nie częściej niż raz w roku z mocą obowiązującą od pierwszego dnia następnego okresu rozliczeniowego.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem nr ... Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia2006 r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczenia w poradni medycyny paliatywnej są udzielane zgodnie z „Harmonogramem pracy” stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie osób udzielających świadczenia”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie Świadczeniodawcy”, stanowiącym **załącznik nr 4** do umowy.
4. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i materiałach informacyjnych.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 4** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 197 poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. wynosi maksymalnie zł (słownie: zł).
2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący

załącznik nr 1 do umowy.

3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr
4. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera w sobie kwotę stanowiącą realizację art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076), w wysokości zł (słownie.....zł), zwaną dalej „środkami na podwyżki”.
5. Środki na podwyżki będą przekazywane w równych miesięcznych ratach w terminach do 5 dnia miesiąca, następującego po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy.
6. Świadczeniodawca wystawia faktury oddziałowi Funduszu z tytułu, o którym mowa w ust. 4, do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym nastąpi przekazanie raty środków na podwyżki.

KARY UMOWNE

§ 5

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2 nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dniar.

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

§ 7

1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza materiały informacyjne na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego.
2. Oddział Funduszu przedstawia w terminie do dnia 30 września danego okresu rozliczeniowego propozycję kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy.

3. Ustalenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane jest w terminie do dnia 30 listopada danego okresu rozliczeniowego.
4. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy lub planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy, w terminie określonym w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego okresu rozliczeniowego. Oddział Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego okresu rozliczeniowego, na zasadach obowiązujących w grudniu danego okresu rozliczeniowego.

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 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 10

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

PODPISY STRON

.....
.....

Świadczeniodawca

.....
.....

Oddział Funduszu

Wykaz załączników do umowy:

- 1) **Załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **Załącznik nr 2 do umowy** – Wykaz osób udzielających świadczeń;
- 3) **Załącznik nr 3 do umowy** – Harmonogram czasu pracy poradni medycyny paliatywnej ,
- 4) **Załącznik nr 4 do umowy** – Wykaz podwykonawców.

kod świadczeniodawcy
ŚWIADCZENIODAWCA

umowa nr:

Załącznik nr 1 do umowy 06/2/OPD/2007
nr pierwotny umowy:
OW NFZ

Plan rzeczowo-finansowy
rodzaj świadczeń: opieka długoterminowa
opieka paliatywna - hospicyjna

lp.	zakres świadczeń	kod zakresu świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: do		
			liczba jednostek rozliczeniowych	cena jedn. rozlicz. (zł)	wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy)					

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem zakresy

razem zakresy	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)
		styczeń		luty		marzec		kwiecień
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych
- poszczególne zakresy (odrębnie dla każdego zakresu objętego umową)

kod zakresu	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

(Pieczęć świadczeniodawcy)

Wykaz osób udzielających świadczeń

Numer umowy Nazwa Świadczeniodawcy

Grupa zawodowa 1***System pracy 1: system stały¹**

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje**	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu operacyjnego	czas pracy (dni i godziny)						Liczba godzin tygodniowa	uwagi
										poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota		
										od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje *	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu	Średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje *	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu	Średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 2: pielęgniarki**System pracy 1: system stały¹**

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje**	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu operacyjnego	czas pracy (dni i godziny)						Liczba godzin tygodniowa	uwagi	
										poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota			
										od do	od do	od do	od do	od do	od do			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje *	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu operacyjnego ¹	Średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	Kod komórki organizacyjnej	Nazwa komórki organizacyjnej	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje *	Adres miejsca udzielania świadczeń /nazwa rejonu operacyjnego ¹	Średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **łącznie** dyżury)

HARMONOGRAM CZASU PRACY PORADNI MEDYCZYNY PALIATYWNEJ

Kod i nazwa świadczeniodawcy

numer umowy:.....

godziny pracy

KOD komórki organizacyjnej	NAZWA komórki organizacyjnej	ADRES komórki organizacyjnej (wypełnić dla każdego miejsca udzielania świadczeń oddzielnie)		NUMER TELEFONU (obowiązkowo wpisać numer telefonu stacjonarnego)	poniedziałek		wtorek		środa		czwartek		piątek		tygodniowa liczba godzin pracy	informacje dodatkowe
		MIEJSCOWOŚĆ	ULICA numer domu i lokalu		od	do	od	do	od	do	od	do	od	do		

data sporządzenia:

pieczęć i podpis świadczeniodawcy:

Wykaz podwykonawców

lp.	nazwa podwykonawcy	przedmiot umowy	adres miejsca udzielania świadczeń	czas obowiązywania umowy
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZNIODAWCÓW-ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPEKUŃCZE

1. ODDZIAŁ DLA PRZEWLEKŁE CHORYCH

1.1 Wymagania dotyczące personelu

lekarze	nie mniej niż 1/2 etatu na 10 chorych, w tym ordynator lub kierownik oddziału, o ile jest lekarzem;
pielęgniarki	liczba wg normy zatrudnienia ustalonej przez kierownika zakładu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz 1314);
pracownik socjalny/ pielęgniarka społeczna	nie mniej niż 1/4 etatu;
fizjoterapeuta lub mgr rehabilitacji	nie mniej niż 1/4 etatu;
terapeuta (psycholog, logopeda, terapeuta zajęciowy)	nie mniej niż 1/2 etatu łącznie;
rankujące	1) zatrudniony lekarz specjalista w zakresie chorób wewnętrznych lub geriatry w wymiarze 1 etatu; 2) udział pielęgniarek ze specjalizacją z zakresu opieki długoterminowej lub zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego lub opieki długoterminowej lub paliatywnej nie mniejszy niż 25%; 3) udział pielęgniarek z ukończonym kursem kwalifikacyjnym zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego lub opieki długoterminowej lub paliatywnej nie mniejszy niż 25%;

1.2 Warunki lokalowe

wymagane	1) sale chorych z zapewnieniem dostępu do łóżka z trzech stron i swobodnego korzystania ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego; 2) gabinet lekarski i zabiegowo-pielęgniarski; 3) gabinet rehabilitacyjny; 4) gabinet do prowadzenia psychoterapii; 5) gabinet terapii zajęciowej; 6) izolatka; 7) pro morte;
rankujące	1) sale najwyżej 1-3 osobowe; 2) sale z własnym węzłem sanitarnym;

1.3 Sprzęt i wyposażenie

wymagany	1) łóżka szpitalne (zwykle i łamane) o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające chorego przed wypadnięciem lub z oprzyrządowaniem do rehabilitacji; 2) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn (materace przeciwodleżynowe zmiennociśnieniowe na każde łóżko, poduszki, podpórki, wałki; 3) sprzęt ułatwiający pielęgnację chorego (zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, ławeczka do każdej wanny, parawany, pasy ślizgowe); 4) wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego (UGUL, komplet podwieszek i ciężarków, cykloergometr, piłki lekarskie, rotor, materace, drabinki, poręcz do nauki chodzenia, sprzęt do fizjoterapii; 5) wyposażenie gabinetu terapii zajęciowej (stoły do terapii zajęciowej, przybory do malowania i wyklejania, sprzęt do nauki czynności życia codziennego, sprzęt do muzykoterapii, sprzęt do gier i zabaw, radiomagnetofon, telewizor, magnetowid, tablice do pisania);
----------	---

1.4 Sprzęt medyczny i pomocniczy

wymagany	1) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu - co najmniej 2 szt.; 2) ssak elektryczny; 3) inhalatory, co najmniej 2 szt.; 4) glukometr; 5) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (2 szt.); 6) aparat EKG; 7) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej; 8) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, również z podparciem głowy;
rankujące	pompa infuzyjna;

1.5 Inne wymagania	
rankingujące	1) opisane i formalnie przyjęte do stosowania w zakładzie zasady postępowania w profilaktyce i leczeniu odleżyn (zał. nr 4 do materiałów informacyjnych), 2) certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, 3) certyfikat CMJ, 4) współpraca z Zakładem Opiekuńczo Leczniczym lub Zakładem Pielęgnacyjno-Opiekuńczym lub Domem Pomocy Społecznej,
2. ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO - OPIEKUŃCZY (DLA DOROSŁYCH, DLA DZIECI I MŁODZIEŻY)	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze	dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę, przy zakresie obowiązków obejmującym konsultacje oraz badanie chorych nie mniej niż 2 razy w tygodniu i wizyty na
pielęgniarki	liczba wg normy zatrudnienia ustalonej przez kierownika zakładu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz 1314);
pracownik socjalny/ pielęgniarka społeczna	nie mniej niż 1/2 etatu;
fizjoterapeuta lub mgr rehabilitacji	nie mniej niż 2 etaty na 35 łóżek;
terapeuta (psycholog, logopeda, terapeuta zajęciowy)	nie mniej niż 1/2 etatu łącznie;
rankingujące	1) udział pielęgniarek ze specjalizacją z zakresu opieki długoterminowej lub zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego lub opieki długoterminowej nie mniejszy niż 25%; 2) potwierdzone umową lub porozumieniem zatrudnienie lekarzy specjalistów (konsultacje: internistyczne, neurologiczne, innych niezbędnych w związku ze stanem zdrowia stanem pacjenta;
2.2 Warunki lokalowe	
wymagane	1) sale chorych z zapewnieniem dostępu do łóżka z trzech stron i swobodnego korzystania ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego; 2) gabinet lekarski i zabiegowo-pielęgniarski; 3) gabinet rehabilitacyjny; 4) gabinet do prowadzenia psychoterapii; 5) gabinet terapii zajęciowej; 6) jadalnia, stolówka; 7) sala dziennego pobytu; 8) pro morte;
rankingujące	1) sale 3-4 łóżkowe; 2) sale z własnym węzłem sanitarnym;
2.3 Sprzęt i wyposażenie	
wymagany	1) łóżka szpitalne (zwykłe i łamane) o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające chorego przed wypadnięciem lub z oprzyrządowaniem do rehabilitacji; 2) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn (materace przeciwodleżynowe zmiennociśnieniowe na każde łóżko, poduszki, podpórki, wałki; 3) sprzęt ułatwiający pielęgnację chorego (zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, ławeczka do każdej wanny, parawany, pasy ślizgowe); 4) wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego (UGUL, komplet podwieszek i ciężarków, cykloergometr, piłki lekarskie, rotor, materace, drabinki, poręcz do nauki chodzenia, sprzęt do fizjoterapii; 5) wyposażenie gabinetu terapii zajęciowej (stoły do terapii zajęciowej, przybory do malowania i wyklejania, sprzęt do nauki czynności życia codziennego, sprzęt do muzykoterapii, sprzęt do gier i zabaw, radiomagnetofon, telewizor, magnetowid, tablice do pisania);

2.4 Sprzęt medyczny i pomocniczy		
wymagany	1) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu; 2) ssak elektryczny; 3) inhalatory, co najmniej 2 szt.; 4) glukometr; 5) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (2 szt.); 6) aparat EKG; 7) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej; 8) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, również z podparciem głowy;	
rankingujące	pompy infuzyjne	
2.5 Inne wymagania		
rankingujące	1) opisane i formalnie przyjęte do stosowania w zakładzie zasady postępowania w profilaktyce i leczeniu odleżyn (zał. nr 4 do materiałów informacyjnych); 2) certyfikat ISO w zakresie usług medycznych; 3) certyfikat CMJ;	
3. ZAKŁAD OPIEKUNICZO - LECZNICZY (DLA DOROSŁYCH, DLA PACJENTÓW W STANIE WEGETATYWNYM/APALICZNYM, DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE)		
3.1 Wymagania dotyczące personelu		
lekarze	dla dorosłych;	nie mniej niż równoważnik 1 etatu na 35 chorych - dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę, przy zakresie obowiązków
	dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;	zapewnienie opieki dla 1 pacjenta - nie mniej niż równoważnik 1/4 etatu łącznie, w tym częściowe etaty: specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, rehabilitacji medycznej, chorób wewnętrznych lub pediatrii - dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę, przy zakresie obowiązków obejmującym konsultacje oraz badanie chorych i wizyty na wezwanie w razie potrzeby;
	dla pacjentów w stanie wegetatywnym;	dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę, przy zakresie obowiązków obejmującym konsultacje oraz badanie chorych nie mniej niż 2 razy w tygodniu i wizyty na wezwanie w razie potrzeby;
lekarze konsultanci stali	dla dorosłych;	
	dla pacjentów w stanie wegetatywnym;	specjalista: anestezjolog, neurolog oraz odpowiednio chorób wewnętrznych lub pediatra - dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę;
	dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;	specjalista: psychiatra oraz odpowiednio chirurg, lub chirurg dziecięcy, chorób płuc, urolog - dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę;
pielęgniarki	liczba wg normy zatrudnienia ustalonej przez kierownika zakładu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz 1314);	
pracownik socjalny/ pielęgniarka społeczna	dla dorosłych	nie mniej niż 1/2 etatu;
	dla pacjentów w stanie wegetatywnym;	
	dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;	nie mniej niż 1/4 etatu na 10 chorych;
fizjoterapeuta lub mgr rehabilitacji	dla dorosłych	nie mniej niż 2 etaty;
	dla pacjentów w stanie wegetatywnym;	
	dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;	nie mniej niż 1/4 etatu na 1 chorego;
a (psycholog, logopeda, terapeuta z	dla dorosłych	nie mniej niż 1/2 etatu łącznie;
	dla pacjentów w stanie wegetatywnym;	psycholog - nie mniej niż - 1/4 etatu;

	dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;	nie mniej niż równoważnik 1/4 etatu - dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę;
3.2 Warunki lokalowe		
wymagane	dla dorosłych	1) sale chorych z zapewnieniem dostępu do łóżka z trzech stron i swobodnego korzystania ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego; 2) gabinet lekarski i zabiegowo-pielęgniarski; 3) gabinet rehabilitacyjny; 4) gabinet do prowadzenia psychoterapii; 5) gabinet terapii zajęciowej; 6) jadalnia, stolówka; 7) sala dziennego pobytu; 8) pro morte;
	dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	1) sale 1-2 łóżkowe z bezpośrednim sąsiedztwem łazienki i dostępnością do wyłącznika światła dla pacjenta; 2) gabinet lekarski i zabiegowo-pielęgniarski; 3) gabinet rehabilitacyjny; 4) akumulatorowe źródło światła aktywowane w przypadku awarii prądu, alternatywne źródło zasilania elektrycznego - generator prądu, słyszalny alarm respiratora;
	dla pacjentów w stanie wegetatywnym	1) sale 1-2 łóżkowe z zapewnieniem dostępu do łóżka z trzech stron i swobodnego korzystania ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego; 2) gabinet lekarski i zabiegowo-pielęgniarski;
3.3 Sprzęt i wyposażenie		
wymagany	dla dorosłych	1) łóżka szpitalne (zwykle i łamane) o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające chorego przed wypadnięciem lub z oprzyrządowaniem do rehabilitacji; 2) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn (materace przeciwoleżynowe zmiennociśnieniowe na każde łóżko, poduszki, podpórki, wałki; 3) sprzęt ułatwiający pielęgnację chorego (zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, ławeczka do każdej wanny, parawany, pasy ślizgowe); 4) wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego (UGUL, komplet podwieszek i ciężarków, cykloergometr, piłki lekarskie, rotor, materace, drabinki, poręcz do nauki chodzenia, sprzęt do fizjoterapii; 5) wyposażenie gabinetu terapii zajęciowej (stoły do terapii zajęciowej, przybory do malowania i wyklejania, sprzęt do nauki czynności życia codziennego, sprzęt do muzykoterapii, sprzęt do gier i zabaw, radiomagnetofon, telewizor, magnetowid, tablice do pisania);
	dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	1) łóżka szpitalne o regulowanej wysokości z twardym podłożem umożliwiającym reanimację; 2) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn (materace przeciwoleżynowe zmiennociśnieniowe na każde łóżko, poduszki, podpórki, wałki; 3) sprzęt ułatwiający pielęgnację chorego (zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, ławeczka do każdej wanny, parawany, pasy ślizgowe); 4) narzędzia komunikacji z pacjentem - tabliczki do pisania, klawiatura, system hasel obrazkowo-tekstowych, telewizor, magnetowid, radiomagnetofon;
	dla pacjentów w stanie wegetatywnym	1) łóżka szpitalne (zwykle i łamane) o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające chorego przed wypadnięciem lub z oprzyrządowaniem do rehabilitacji; 2) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn (materace przeciwoleżynowe zmiennociśnieniowe na każde łóżko, poduszki, podpórki, wałki; 3) sprzęt ułatwiający pielęgnację chorego (zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, ławeczka do każdej wanny, parawany, pasy ślizgowe);

3.4 Sprzęt medyczny i pomocniczy		
wymagany	dla dorosłych	1) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu; 2) ssak elektryczny; 3) inhalatory, co najmniej 2 szt.; 4) glukometr; 5) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (2 szt.); 6) aparat EKG; 7) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej; 8) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, również z podparciem głowy;
	dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	1) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu; 2) respirator przypisany do jednego pacjenta wyposażony w akumulator pozwalający na: - swobodne korzystanie z wózka inwalidzkiego, - podtrzymanie czynności respiratora do 4 godzin, - nawilżacz w zestawie, - filtry powietrza w układzie, - komplet parametrów nastawnych, - urządzenie wyposażone w 2 alarmy: rozłączenia układu i nadmiernego ciśnienia w drogach oddechowych, - respirator powinien być własnością świadczeniodawcy, 3) ssak elektryczny - 1 dla każdego pacjenta z dodatkowym wyposażeniem jednorazowym - cewniki, łączniki itp., 1 ssak rezerwowo, 4) defibrylator; 5) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej na każdej sali (w pokoju więcej niż 1 osobowym- minimum 2 worki samorozprężalne); 6) zestaw z jednorazowym sprzętem do toalety tracheotomii, gastrostomii lub innych zabiegów; 7) nawilżacze powietrza oddechowego;
	dla pacjentów w stanie wegetatywnym	1) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu; 2) pulsoksymetr; 3) pompy infuzyjne; 4) pompy żywieniowe, 5) ssak elektryczny - 1 dla każdego pacjenta pacjentów; 6) inhalatory, co najmniej 2 szt.; 7) glukometr; 8) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (2 szt.); 9) aparat EKG; 10) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej na każdej sali (w pokoju więcej niż 1 osobowym - nie mniej niż 2 worki samorozprężalne); 11) zestaw z jednorazowym sprzętem do toalety tracheotomii, gastrostomii lub innych zabiegów; 12) nawilżacze powietrza oddechowego; 13) wózki inwalidzkie z podparciem głowy(2 szt.);
rankingujące	dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	kardiomonitor
	dla pacjentów w stanie wegetatywnym	urządzenia do: elektroterapii, hydroterapii
4. ZAKŁAD OPIEKUNICZO - LECZNICZY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY (DLA DZIECI I MŁODZIEŻY, DLA DZIECI WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE)		
4.1 Wymagania dotyczące personelu		
	dla dzieci i młodzieży	nie mniej niż równoważnik 1 etatu na 35 chorych - dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę, przy zakresie obowiązków

lekarze	dla dzieci wentylowanych mechanicznie	dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę, przy zakresie obowiązków obejmującym konsultacje oraz badanie chorych nie mniej niż 2 razy w tygodniu i wizyty na wezwanie w razie potrzeby
lekarze konsultanci stali	dla dzieci i młodzieży dla dzieci wentylowanych mechanicznie	specjalista: psychiatra oraz odpowiednio chirurg, lub chirurg dżcieięcy, chorób płuc, urolog - dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę
pielęgniarki	liczba wg normy zatrudnienia ustalonej przez kierownika zakładu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnianiania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz 1314)	
pracownik socjalny/ pielęgniarka społeczna	dla dzieci i młodzieży dla dzieci wentylowanych mechanicznie	nie mniej niż 1/2 etatu
fizjoterapeuta	dla dzieci i młodzieży dla dzieci wentylowanych mechanicznie	nie mniej niż 2 etaty
a (psycholog, logopeda, terapeuta z	dla dzieci i młodzieży dla dzieci wentylowanych mechanicznie	nie mniej niż 1/2 etatu łącznie nie mniej niż równoważnik 1/4 etatu - dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę
4.2 Warunki lokalowe		
wymagane	dla dzieci i młodzieży	1) sale chorych z zapewnieniem dostępu do łóżka z trzech stron i swobodnego korzystania ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego; 2) gabinet lekarski i zabiegowo-pielęgniarski; 3) gabinet rehabilitacyjny; 4) gabinet do prowadzenia psychoterapii; 5) gabinet terapii zajęciowej; 6) jadalnia, stołówka; 7) sala dziennego pobytu; 8) pro morte;
	dla dzieci wentylowanych mechanicznie	1) sale 1-2 łóżkowe z zapewnieniem dostępu do łóżka z trzech stron i swobodnego korzystania ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego; 2) gabinet lekarski i zabiegowo-pielęgniarski;
4.3 Sprzęt i wyposażenie		
wymagany	dla dzieci i młodzieży	1) łóżka szpitalne (zwykle i łamane) o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające chorego przed wypadnięciem lub z oprzyrządowaniem do rehabilitacji; 2) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn (materace przeciwoleżynowe zmiennociśnieniowe na każde łóżko, poduszki, podpórki, wałki; 3) sprzęt ułatwiający pielęgnację chorego (zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, ławeczka do każdej wanny, parawany, pasy ślizgowe); 4) wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego (UGUL, komplet podwieszek i ciężarków, cykloergometr, piłki lekarskie, rotor, materace, drabinki, poręcz do nauki chodzenia, sprzęt do fizjoterapii; 5) wyposażenie gabinetu terapii zajęciowej (stoły do terapii zajęciowej, przybory do malowania i wyklejania, sprzęt do nauki czynności życia codziennego, sprzęt do muzykoterapii, sprzęt do gier i zabaw, radiomagnetofon, telewizor, magnetowid, tablice do pisania);
	dla dzieci wentylowanych mechanicznie	1) łóżka szpitalne (zwykle i łamane) o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające chorego przed wypadnięciem lub z oprzyrządowaniem do rehabilitacji; 2) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn (materace przeciwoleżynowe zmiennociśnieniowe na każde łóżko, poduszki, podpórki, wałki; 3) sprzęt ułatwiający pielęgnację chorego (zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, ławeczka do każdej wanny, parawany, pasy ślizgowe);

4.4 Sprzęt medyczny i pomocniczy		
wymagany	dla dzieci i młodzieży	1) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu; 2) ssak elektryczny; 3) inhalatory, co najmniej 2 szt.; 4) glukometr; 5) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (2 szt.); 6) aparat EKG; 7) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej; 8) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, również z podparciem głowy;
	dla dzieci wentylowanych mechanicznie	1) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu; 2) pulsoksymetr; 3) pompy infuzyjne; 4) pompy żywieniowe; 5) ssak elektryczny - 1 dla każdego pacjenta pacjentów; 6) inhalatory, co najmniej 2 szt.; 7) glukometr; 8) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (2 szt.); 9) aparat EKG; 10) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej na każdej sali (w pokoju więcej niż 1 osobowym - nie mniej niż 2 worki samorozprężalne); 11) zestaw z jednorazowym sprzętem do toalety tracheotomii, gastrostomii lub innych zabiegów; 12) nawilżacze powietrza oddechowego; 13) wózki inwalidzkie z podparciem głowy(2 szt.);
rankingujące	1) urządzenia do: elektroterapii, hydroterapii; 2) jednocześnie złożona oferta na świadczenia na pielęgniarską opiekę długoterminową/ domową opiekę nad wentylowanymi mechanicznie (w przypadku ZOL dla wentylowanych mechanicznie);	
5. ZESPÓŁ DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ (OPIEKA DOMOWA NA PACJENTAMI WENTYLOWANYMI MECHANICZNIE, NAD DZIEĆMI WENTYLOWANYMI MECHANICZNIE)		
5.1 Wymagania dotyczące personelu		
lekarze specjaliści /koordynatorzy lub konsultanci/	anestezjologii i intensywnej terapii lub chorób wewnętrznych lub chorób płuc lub chirurgii lub kardiologii;	
pielęgniarki	wykształcenie wyższe lub licencjat i przynajmniej roczny staż pracy w lecznictwie stacjonarnym lub średnie i przynajmniej roczny staż w lecznictwie stacjonarnym oraz specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego;	
fizjoterapeuta lub mgr rehabilitacji	wykształcenie wyższe lub średnie kierunkowe;	
rankingujące	1) lekarz specjalista w anestezjologii; 2) udział pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego nie mniejszy niż 25%;	
5.2 Warunki udzielania świadczeń		
opieka lekarska	1) nie rzadziej niż 1 raz w tygodniu przez 1,5 godziny - dla 1 pacjenta; 2) stała dostępność (w systemie zmianowym/ dyżurowym) pod telefonem;	
opieka pielęgniarska	1) nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu przez 1,5 godziny - dla 1 pacjenta; 2) stała dostępność (w systemie zmianowym/ dyżurowym) pod telefonem;	

fizjoterapeuta lub mgr rehabilitacji	nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu przez 1 godzinę - dla 1 pacjenta - dopuszcza się udzielanie świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę
częstość i ogólna liczba wizyt domowych	ustalana indywidualnie przez lekarza prowadzącego;
5.3 Warunki lokalowe i inne	
wymagane	1) pomieszczenie biurowe z telefonem, sekretarką automatyczną i faksem; 2) pomieszczenie magazynowe na leki, materiały opatrunkowe i sprzęt medyczny; 3) telefony komórkowe (dla lekarza i pielęgniarki) oraz co najmniej 2 telefony komórkowe dla rodzin nie posiadających telefonów stacjonarnych; 4) samochód osobowy (gwarantowana gotowość użytkowania);
5.4 Sprzęt medyczny i pomocniczy	
wymagany	1) respiratory; 2) ssaki; 3) sprzęt monitorujący do wypożyczenia pacjentom; 4) przenośny aparat EKG; 5) standardowe wyposażenie nesesera pielęgniarski dla każdej pielęgniarki, zgodnie z załącznikiem nr 8a do szczegółowych materiałów informacyjnych; 6) koncentrator tlenu; 7) zestaw do udzielania pierwszej pomocy;
5.5 Inne wymagania	
rankingujące	jednocześnie w ofercie na świadczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
6. PIELEŃNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	
6.1 Wymagania dotyczące personelu	
pielęgniarki	wykształcenie wyższe bądź licencjat i przynajmniej 1 rok pracy w lecznictwie stacjonarnym lub średnie medyczne i przynajmniej 1 rok pracy w lecznictwie stacjonarnym oraz ukończony kurs kwalifikacyjny w jednej z dziedzin pielęgniarstwa: rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, zachowawczego, geriatrycznego opieki paliatywnej lub specjalizacji w jednej z dziedzin pielęgniarstwa: opieki długoterminowej, rodzinnego, zachowawczego, opieki paliatywnej, neurologicznego, geriatrycznego;
rankingujące	pielęgniarki ze specjalizacją/ kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej lub pielęgniarstwa rodzinnego lub geriatrycznego;
6.2 Warunki udzielania świadczeń	
opieka pielęgniarska	od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00 oraz w medycznie uzasadnionych przypadkach w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy - nie rzadziej niż 4 razy w tygodniu przez 1,5 godziny dziennie dla jednego pacjenta;
liczba pacjentów objętych opieką	nie może przekraczać jednocześnie 5 chorych;
6.3 Sprzęt medyczny i pomocniczy	
wymagany	standardowe wyposażenie nesesera pielęgniarski dla każdej pielęgniarki, zgodnie z załącznikiem nr 8 do szczegółowych materiałów informacyjnych;

WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW-ŚWIADCZENIA W OPIECE PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ	
1. ODDZIAŁ MEDYCZYNY PALIATYWNEJ / HOSPICJUM STACJONARNE	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
kierownik/ ordynator - wymagane kwalifikacje	lekarz ze specjalizacją z medycyny paliatywnej lub inny lekarz specjalista posiadający co najmniej 3 letnie doświadczenie w opiece paliatywnej - nie mniej niż 1/2 etatu;
pozostali lekarze	inni lekarze - 1 etat na 10 łóżek (łącznie z ordynatorem), na każde następne 5 łóżek 1/2 etatu;
pozostali lekarze - rankingujące	specjalizacja z zakresu medycyny paliatywnej;
pielęgniarka oddziałowa - wymagane kwalifikacje	1) wyższe magisterskie i co najmniej 2 lata pracy w stacjonarnej opiece paliatywnej lub 2) licencjat i co najmniej 2 lata pracy w stacjonarnej opiece paliatywnej lub 3) średnie medyczne i specjalizacja w zakresie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej oraz co najmniej 2 lata pracy w stacjonarnej opiece paliatywnej oraz ukończony kurs z zakresu opieki paliatywnej lub specjalizacja z zakresu opieki paliatywnej - w pełnym wymiarze czasu pracy;
pozostały personel - wymagane kwalifikacje	1) pielęgniarki - wyższe lub licencjat lub średnie medyczne oraz ukończony kurs z zakresu opieki paliatywnej lub specjalizacja z zakresu opieki paliatywnej- liczba wg normy zatrudnienia ustalonej przez kierownika zakładu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz 1314) 2) psycholog - 1/4 etatu na każde 10 łóżek, nie mniej niż 1/4 etatu; 3) pracownik socjalny/ pielęgniarka społeczna - wykształcenie średnie i szkolenie w zakresie opieki paliatywnej - 1/4 etatu na każde 10 łóżek, nie mniej niż 1/4 etatu; 4) fizjoterapeuci - 1/2 etatu na każde 10 łóżek, nie mniej niż 1/4 etatu;
duchowny	w zależności od potrzeb;
rankingujące	1) lekarz specjalista z medycyny paliatywnej; 2) udział pielęgniarek ze specjalizacją z zakresu medycyny paliatywnej nie mniejszy niż 25%;
1.2 Warunki dotyczące pomieszczeń	
wymagane	1) pomieszczenia dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych z możliwością zapewnienia pacjentowi prawa do intymności (np. parawany); 2) sale chorych maksymalnie 4 łóżkowe; 3) gabinet lekarski; 4) gabinet zabiegowo-pielęgniarski; 5) izolatka; 6) pomieszczenie pro morte;
rankingujące	1) sale 1-3 osobowe dziennego pobytu; 2) jadalnia;
1.3 Wyposażenie	
wymagane	1) łóżka szpitalne (zwykłe i łamane) o regulowanej wysokości, wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające chorego przed wypadnięciem lub z oprzyrządowaniem do rehabilitacji; 2) materace przeciwoleżynowe, zmiennościeniowe; 3) inny sprzęt przeciwoleżynowy - poduszki, podpórki, wałki itp. 4) sprzęt ułatwiający pielęgnację chorego - zintegrowany system do higieny ciała, podnośniki, ławeczka do każdej wanny, parawany, pasy ślizgowe;

1.4 Sprzęt medyczny i pomocniczy		
wymagane	1) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu (co najmniej 3 szt.); 2) ssak elektryczny (co najmniej 2 szt.); 3) inhalatory (co najmniej 2 szt.); 4) glukometr; 5) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (co najmniej 2 szt.); 6) aparat ekg; 7) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej; 8) pompy infuzyjne (co najmniej 3 szt.); 9) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie;	
1.5 Inne wymagania		
rankingujące	1) certyfikat ISO w zakresie usług medycznych; 2) certyfikat CMJ; 3) jednocześnie oferta na hospicjum domowe; 4) jednocześnie oferta na poradnię medycyny paliatywnej; 3) budynki dostępne dla osób niepełnosprawnych ruchowo (podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%, powyżej jednej kondygnacji wyposażone w dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach i łóżkach, na każdej kondygnacji jedno ogólnodostępne pomieszczenie sanitarno-higieniczne); 5) umowa współpracy z oddziałami szpitalnymi w zakresie opieki nad pacjentami wypisywanymi lub kierowanymi do oddziałów: onkologii, hematologii, chorób płuc, chorób wewn., pediatrycznych, neurologicznych;	
2. HOSPICJUM DOMOWE		
HOSPICJUM DOMOWE DLA DOROSŁYCH		HOSPICJUM DOMOWE DLA DZIECI
2.1 Wymagania dotyczące personelu		
lekarze	lekarz ze specjalizacją z medycyny paliatywnej lub inny lekarz posiadający ukończony kurs w zakresie medycyny paliatywnej określonym przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej i co najmniej 3 letnie doświadczenie w opiece paliatywnej - 1 lekarz na 20 chorych; będący w trakcie specjalizacji;	lekarz ze specjalizacją z medycyny paliatywnej lub pediatrii lub inny lekarz posiadający co najmniej 3 letnie doświadczenie w opiece paliatywnej - 1 lekarz na 15 chorych;
pielęgniarki	wykształcenie wyższe medyczne lub licencjat lub średnie medyczne, ukończony kurs z zakresu opieki paliatywnej lub specjalizacja z zakresu opieki paliatywnej, lub będąca w trakcie specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej, 1 pielęgniarka na 10 chorych;	wykształcenie wyższe medyczne lub licencjat lub średnie medyczne, ukończony kurs z zakresu opieki paliatywnej lub specjalizacja z zakresu opieki paliatywnej, lub będąca w trakcie specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej, 1 pielęgniarka na 6 dzieci;
pracownik socjalny/ pielęgniarka społeczna	wykształcenie średnie i szkolenie w zakresie opieki paliatywnej - 1/4 etatu na 10 chorych, nie mniej niż 1/4 etatu;	wykształcenie średnie i szkolenie w zakresie opieki paliatywnej - 1/4 etatu na 10 chorych, nie mniej niż 1/4 etatu;
psycholog	1/4 etatu na 15 chorych, nie mniej niż 1/4 etatu;	1/2 etatu na 12 chorych, nie mniej niż 1/4 etatu;
fizjoterapeuta	1/4 etatu na 15 chorych, nie mniej niż 1/4 etatu;	1/2 etatu na 12 chorych, nie mniej niż 1/4 etatu;
duchowny	w zależności od potrzeb;	w zależności od potrzeb;

rankingująco	lekarz specjalista medycyny paliatywnej;	1) pediatrzy odpowiednich specjalności: chirurg dziecięcy, anestezjolog, psychiatra, stomatolog, onkolog, rehabilitant; 2) lekarz specjalista medycyny paliatywnej;
	udział pielęgniarek ze specjalizacją z zakresu medycyny paliatywnej nie mniejszy niż 25%;	
2.2 Warunki udzielania świadczeń		
opieka lekarska	nie rzadziej niż 1 raz w tygodniu;	nie rzadziej niż 1 raz w tygodniu;
opieka pielęgniarska	nie rzadziej niż 3 razy w tygodniu;	nie rzadziej niż 3 razy w tygodniu;
pozostali członkowie zespołu	ustalone indywidualnie przez lekarza hospicjum domowego;	ustalone indywidualnie przez lekarza hospicjum domowego;
częstość i ogólna liczba wizyt w domu	ustalana indywidualnie przez lekarza hospicjum domowego;	ustalana indywidualnie przez lekarza hospicjum domowego;
2.3 Warunki lokalowe i inne		
wymagane	1) pomieszczenie biurowe z telefonem, sekretarką automatyczną i faksem 2) pomieszczenie magazynowe na leki, materiały opatrunkowe i sprzęt medyczny 3) telefony komórkowe (dla lekarza i pielęgniarki) oraz co najmniej 2 telefony komórkowe dla rodzin nie posiadających telefonów stacjonarnych 4) samochód osobowy (gwarantowana gotowość użytkowania)	
2.4 Sprzęt medyczny i pomocniczy		
wymagany	1) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu (co najmniej 2 szt.); 2) ssak elektryczny (co najmniej 2 szt.); 3) inhalatory; 4) glukometry; 5) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (co najmniej 2 szt); 6) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej; 7) neseser pielęgniarski (wyposażenie standardowe);	
2.5 Inne wymagania		
rankingujące	1) jednocześnie oferta na świadczenia w hospicjum stacjonarnym/ oddział medycyny paliatywnej; 2) jednocześnie oferta na świadczenia w poradni medycyny paliatywnej; 3) umowa współpracy z oddziałami szpitalnymi w zakresie opieki nad pacjentami wypisywanymi lub kierowanymi do oddziałów: onkologii, hematologii, chorób płuc, chorób wew., pediatrycznych, neurologicznych;	

3. PORADNIA MEDYCZYNY PALIATYWNEJ	
3.1 Wymagania dotyczące personelu	
kierownik	lekarz ze specjalizacją z medycyny paliatywnej lub lekarz z inną specjalizacją;
pozostali lekarze	lekarz ze specjalizacją z medycyny paliatywnej lub inny lekarz posiadający ukończony kurs w zakresie medycyny paliatywnej określonym przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej i co najmniej 3 letnie doświadczenie w opiece paliatywnej - 1 etat na 15 chorych; będący w trakcie specjalizacji;
pielęgniarki	wykształcenie wyższe magisterskie lub licencjat i co najmniej 2 lata stażu w lecznictwie stacjonarnym i ukończone szkolenie z zakresu opieki paliatywnej lub średnie i ukończone szkolenie bądź specjalizacja z zakresu pielęgniarstwa w opiece paliatywnej i co najmniej 2 lata pracy w lecznictwie stacjonarnym, lub średnie medyczne i co najmniej 2 lata pracy w lecznictwie stacjonarnym i ukończony kurs kwalifikacyjny z zakresu medycyny paliatywnej bądź specjalizacja z zakresu opieki paliatywnej, lub będąca w trakcie specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej;
rankingująco	1) lekarz specjalista medycyny paliatywnej; 2) pielęgniarka ze specjalizacją w zakresie medycyny paliatywnej; 3) psycholog;
3.2 Czas pracy poradni	
wymagane	3 dni w tygodniu; 2,5 godziny dziennie; 1 dzień w godzinach popołudniowych;
rankingujące	2 dni w godzinach popołudniowych - do 18.00;
3.3 Inne wymagania	
rankingujące	1) certyfikat ISO w zakresie usług medycznych; 2) certyfikat CMJ; 3) jednocześnie oferta na hospicjum domowe; 4) jednocześnie oferta na hospicjum stacjonarne/ oddział medycyny paliatywnej; 3) umowa współpracy z oddziałami szpitalnymi w zakresie opieki nad pacjentami wypisywanymi lub kierowanymi do oddziałów: onkologii, hematologii, chorób płuc, chorób wew., pediatrycznych, neurologicznych;

Zasady postępowania w profilaktyce i leczeniu odleżyn

Rekomendowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

U każdego pacjenta przebywającego w stacjonarnym zakładzie długoterminowej opieki zdrowotnej oceniane jest ryzyko wystąpienia odleżyn i wdrożone poniższe zasady postępowania zapobiegające powikłaniom odleżynowym.

I. Ocena ryzyka rozwoju odleżyn

Skala punktowa oceny ryzyka rozwoju odleżyn NORTON .

	Czynnik ryzyka	4.00	3.00	2.00	1.00
A	Stan fizyczny	dobry	dość dobry	średni	bardzo ciężki
B	Stan świadomości	pełna przytomność i świadomość	apatia	zaburzenia świadomości	stupor lub śpiączka
C	Aktywność, zdolność przemieszczania się	chodzi samodzielnie	chodzi z asystą	porusza się tylko na wózku inwalidzkim	stałe pozostaje w łóżku
D	Stopień samodzielności przy zmianie pozycji	pełna	ograniczona	bardzo ograniczona	całkowita niesprawność
E	Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej	pełna sprawność zwieraczy	sporadyczne moczenie się	zazwyczaj nietrzymanie moczu	całkowite nietrzymanie moczu i stolca

Ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się u pacjenta z wynikiem równym 14 punktom lub niżej.

II. Profilaktyka

1. Zakres – higiena osobista

- 1) Zakład jest wyposażony w sprzęt umożliwiający bezpieczne wykonywanie czynności higienicznych, tj.:
 - zintegrowany system do higieny osobistej (wanna z regulowaną elektrycznie wysokością z podnośnikiem (leżakiem) hydraulicznym lub wanna jezdna zintegrowana z prysznicem lub jezdne krzesła sanitarne zintegrowane z prysznicem)
 - kabiny prysznicowe,
 - podnośniki,
- 2) Zakład jest wyposażony w materiały medyczne i środki pomocnicze stosowane u pacjentów z problemem nietrzymania moczu i stolca, w tym:
 - pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkładki urologiczne,
 - worki na mocz,
 - worki stomijne,
 - cewniki wewnętrzne i zewnętrzne.

2. Zakres – przemieszczanie pacjenta, zmiana pozycji ciała

- 1) Zakład wyposażony jest:

- w sprzęt do podnoszenia i przemieszczania pacjentów unieruchomionych – podnośniki,
 - tkaniny lub sprzęt do ślizgowego przemieszczania chorych,
 - materace przeciwoodleżynowe dynamiczne i statyczne – na każde łóżko,
 - poduszki przeciwoodleżynowe na wózek inwalidzki – według potrzeb,
 - łóżka o regulowanej wysokości,
 - udogodnienia do stabilizacji pozycji, np. wałki, podkładki itp.
- 2) Zakład prowadzi dokumentację dotyczącą profilaktyki i leczenia odleżyn.
 - 3) Zakład zapewnia utrzymanie podstawowego zakresu mobilności, w tym:
 - zmianę pozycji ciała w łóżku adekwatnie do potrzeb, nie rzadziej niż co 2 godziny,
 - przemieszczanie łóżko – wózek/ 4 x na dobę,
 - asystowanie przy chodzeniu/ przewożenie wózkiem - 4 x na dobę.

III. Leczenie

- 1) Co najmniej jedna pielęgniarka posiada wiedzę i umiejętności w zakresie nowoczesnego leczenia ran np. ukończony kurs specjalistyczny - leczenie ran.
- 2) W zakładzie leczy się odleżyny zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, m.in. metodą wilgotnego leczenia ran przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków.
- 3) Zakład prowadzi dokumentację leczenia odleżyn.

IV. Odżywianie

- 1) W zakładzie u pacjentów z odleżynami, na zlecenie lekarza, stosowana jest dieta wysokobiałkowa, za wyjątkiem sytuacji, gdy z uwagi na ogólny stan zdrowia dieta wysokobiałkowa jest wykluczona.
- 2) Posiłki podawane są 3 – 5 x na dobę, odpowiednio do zleconej diety.
- 3) Napoje podawane są, co najmniej 5 x na dobę, odpowiednio do zleconej diety.

V. Oczekiwane efekty postępowania standardowego

- 1) Skóra pacjenta:
 - czysta i sucha,
 - bez odparzeń i odleżyn oraz
 - innych powikłań wynikających z długotrwałego unieruchomienia.
- 2) Pacjent ma wyleczone zmiany na skórze wynikające z długotrwałego unieruchomienia
- 3) Pacjent ma ograniczone do minimum uczucie dyskomfortu, bólu, zdrętwienia, wywołane długotrwałym przebywaniem w jednej pozycji.

KARTA CZYNNOŚCI PIELEGNACYJNYCH DLA PIELEGNIARKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

<u>Nazwisko:</u>	<u>Imię:</u>	<u>Data urodzenia:</u>	<u>Pielęgniarka prowadząca:</u>	<u>Karta nr:</u>

Rodzaj czynności:	Data:
Częściowa toaleta ciała	
Całkowita toaleta ciała	
Kąpiel: łóżko <input type="checkbox"/> łazienka <input type="checkbox"/>	
Toaleta głowy	
Golenie <input type="checkbox"/> czesanie <input type="checkbox"/>	
Higiena jamy ustnej	
Pielęgnacja stóp	
Przygotowanie ubrania	
Ubieranie / rozbieranie	
Edukacja nt. higieny	
Częściowa zmiana pościeli	
Całkowita zmiana pościeli	
Prowadzenie do WC	
Podanie: kaczki <input type="checkbox"/> basenu <input type="checkbox"/>	
Pomoc: krzesło sanitarne	
Kontrola wydalania	
Środki pomocnicze w nietrzymaniu moczu	
Dbalność o sprzęt urologiczny	
Edukacja nt. sprzętu urologicznego	
Dbalność o sprzęt stomijny	
Edukacja nt. sprzętu stomijnego	
Pielęgnacja stomii	
Lewatywa głęboka	
Edukacja nt. wydalania	
Zaopatrzenie w sprzęt do chodzenia	
Założenie protez	
Pomoc przy poruszaniu się	
Zmiana pozycji w łóżku	
Zmiana pozycji leżącego	
Aktywizacja i ćwiczenia ruchowe	
Przemieszczanie	
Edukacja nt. usprawniania	
Ćwiczenia oddechowe	
Oklepywanie, nacieranie	
Podawanie posiłków	
Przygotowanie posiłków	
Karmienie	
Bilans wodny	
Podawanie płynów doustnie	
Edukacja nt. prawidłowego odżywiania	
Porady dietetyczne	
Pielęgnacja skóry	
Edukacja nt. profilaktyki odleżyn	
Rozmowa z pacjentem	
Rozmowa z rodziną	
Opieka terminalna	
Podanie leków doustnie	
Wstrzyknięcie dożylnie	
Wstrzyknięcie podskórne	

Wstrzyknięcie domięśniowe	
Podanie leków do cewnika ZOP	
Zakraplanie oczu <input type="checkbox"/> uszu <input type="checkbox"/> nosa <input type="checkbox"/>	
Czopki doodbytnicze	
Inhalacje	
Leki w aerozolu	
Zaopatrzenie w leki	
Masaże	
Stosowanie okładów	
Naświetlanie lampą Sollux	
Zmiana opatrunku	
Opatrywanie ran	
Cewnik zew. założ. <input type="checkbox"/> wym. <input type="checkbox"/>	
Edukacja nt. cewnika zewn.	
Cewnik wew. założ. <input type="checkbox"/> wym. <input type="checkbox"/>	
Pielęgnacja cewników	
Wlewki (enema)	
Pobieranie krwi do badań	
Pobieranie moczu do badań	
Pobieranie płwociny do badań	
Badanie poziomu cukru	
Testowe badanie moczu	
Interwencja kryzysowa	
Wykonanie EKG	
Pomiar ciśnienia krwi	
Pomiar tętna	
Pomiar temperatury	
Pomiar obrzęków kończyn	
Obserwacja skóry	
Obserwacja i kontrola bólu	
Kroplowe wlewy dożylnie	
Karmienie przez zgłębnik	
Karmienie przez przetokę	
Pielęgnacja przetoki	
Płukanie pęcherza moczowego	
Pielęgnacja rurki tracheostomijnej	

.....
Podpis pielęgniarki

.....
Podpis pacjenta

DATA	OBSERWACJE PIELĘGNIARSKIE	PODPIS

.....
podpis pielęgniarki prowadzącej

**KWALIFIKACJA PIELEŃNIARSKA
DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ**

1. Ocena stanu samoobsługi pacjenta:

L.p.	Nazwa czynności **	Samodzielny	Niesamodzielny	Punktacja
1.	Spożywanie posiłków			
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)			
3.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)			
4.	Wchodzenie i schodzenie po schodach			
5.	Korzystanie z toalety (WC) i utrzymanie higieny osobistej w związku z wydalaniem			
6.	Kąpiel (mycie pod prysznicem) całego ciała			
7.	Czynności higieniczne (np. mycie częściowe, twarzy, rąk, zębów, protezy zębowej, czesanie, golenie)			
8.	Ubieranie i rozbieranie się			
	Nazwa czynności **	Prawidłowe	Nietrzymanie	
9.	Oddawanie moczu			
10.	Oddawanie stolca			
RAZEM:				

UWAGA: →Samodzielny / Prawidłowe – 1 pkt,

→Niesamodzielny / Nietrzymanie – 0 pkt

→Do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową kwalifikuje się pacjent, który otrzymał 6 pkt lub mniej.

.....
Data i podpis, pieczęć pielęgniarki

2. Pacjent wymaga ¹:

- kroplowe wlewy dożylnie wynikające ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia
- wykonywanie opatrunków (rany, odleżyny i owrzodzenia troficzne podudzi)
- karmienie przez zgłębnik
- karmienie przez przetokę
- pielęgnacja przetoki
- założenie i usunięcie cewnika (stałe zlecenie lekarskie)
- płukanie pęcherza moczowego
- pielęgnacja rurki trachoeostomijnej
- profilaktykę przeciwoleżynową u pacjentów

Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga /nie wymaga ¹opieki pielęgniarki opieki długoterminowej.

.....
Data i podpis, pieczęć pielęgniarki

¹ Właściwe zakreśl

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

**SKIEROWANIE
DO OBJĘCIA PIELEŃNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ**

Nazwisko i imię pacjenta

Pesel

adres zamieszkania.....

I. Wywiad(główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie, nawyki)

.....
.....
.....

II. Badanie przedmiotowe: waga..... wzrost

1. Skóra i węzły chłonne obwodowe.....

.....

odleżyny owrzodzenia troficzne rany przewlekłe

2. Układ oddechowy

.....

3. Układ krążenia: wydolny - niewydolny'), ciśnienie krwi.....

tętno/min,.....

4.Układ trawienia.....

.....

gastrostomia zgłębnik do żołądka

5. Układ moczowo-płciowy

.....

nie trzymanie moczu nie trzymanie stolca cewnik do pęcherza moczowego

6. Układ ruchu oraz ocena stopnia samodzielności i samoobsługi

.....

.....

leżący chodzący poruszający się z pomocą osób trzecich/ środków pomocniczych

7. Układ nerwowy i narządy zmysłów:

.....

8.Rozpoznanie(choroba zasadnicza – kod ICD –10):

.....

III. Stwierdza się, że osoba wyżej wymieniona wymaga:

Pielęgnacji i w chwili badania nie wymaga hospitalizacji.

IV. Zlecenia lekarskie:

.....
.....
.....

.....

(pieczęć, podpis lekarza, data)

Standardowe wyposażenie nesesera pielęgniarskiego:

I. Podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku;

1) do wykonania iniekcji:

- igły, strzykawki, wenflony,
- zestaw niezbędnych płynów dezynfekcyjnych i odkażających,

2) do przetaczania płynów:

- aparat do kroplowych wlewów dożylnych,
- zestaw gazików, plastry,
- staza,

3) do wykonania opatrunków:

- serwety, pakiety opatrunkowe,
- podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, nożyczki, miska nerkowa,

4) Pakiet ochronny przed zakażeniem:

maseczki, rękawice, fartuch.

II. Zestaw przeciwwstrząsowy;

- leki, rurka ustno – gardłowa, maseczka do reanimacji z filtrem.

III. Sprzęt do pomiaru ciśnienia krwi:

- aparat rtęciowy lub zaporowy,
- stetoskop.

IV. Testy do obrazowego oznaczania wartości cukru we krwi i w moczu;

V. Pakiet do mycia i odkażania rąk

KARTA CZYNNOŚCI PIELEGNACYJNYCH DLA ZOL I ZPO

<u>Nazwisko:</u>	<u>Imię:</u>	<u>Data urodzenia:</u>	<u>Pielęgniarka prowadząca:</u>	<u>Karta nr:</u>
-------------------------	---------------------	-------------------------------	--	-------------------------

Rodzaj czynności	data				r		p		w		r		p		w		r		p		w		r		p		w		r		p		w		r		p		w																
	■	■	■	■	r	p	w	r	p	w	r	p	w	r	p	w	r	p	w	r	p	w	r	p	w	r	p	w	r	p	w	r	p	w	r	p	w																		
Częściowa toaleta ciała																																																							
Całkowita toaleta ciała																																																							
Kąpiel: łóżko <input type="checkbox"/> łazienka <input type="checkbox"/>																																																							
Toaleta głowy																																																							
Golenie <input type="checkbox"/> czesanie <input type="checkbox"/>																																																							
Higiena jamy ustnej																																																							
Pielęgnacja stóp																																																							
Przygotowanie ubrania																																																							
Ubieranie / rozbieranie																																																							
Edukacja nt. higieny																																																							
Częściowa zmiana pościeli																																																							
Całkowita zmiana pościeli																																																							
Prowadzenie do WC																																																							
Podanie: kaczki <input type="checkbox"/> basenu <input type="checkbox"/>																																																							
Pomoc: krzesło sanitarne																																																							
Kontrola wydalania																																																							
Środki pomocnicze w nietrzymaniu moczu																																																							
Dbłość o sprzęt urologiczny																																																							
Edukacja nt. sprzętu urologicznego																																																							
Dbłość o sprzęt stomijny																																																							
Edukacja nt. sprzętu stomijnego																																																							
Pielęgnacja stomii																																																							
Lewatywa głęboka																																																							

KARTA OCENY STANU SAMOOBSŁUGI PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Ocena stanu samoobsługi pacjenta:

1.

L.p.	Nazwa czynności **	Samodzielny	Niesamodzielny	Punktacja
1.	Spożywanie posiłków			
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)			
3.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)			
4.	Wchodzenie i schodzenie po schodach			
5.	Korzystanie z toalety (WC) i utrzymanie higieny osobistej w związku z wydalaniem			
6.	Kąpiel (mycie pod prysznicem) całego ciała			
7.	Czynności higieniczne (np. mycie częściowe, twarzy, rąk, zębów, protezy zębowej, czesanie, golenie)			
8.	Ubieranie i rozbieranie się			
	Nazwa czynności **	Prawidłowe	Nietrzymanie	
9.	Oddawanie moczu			
10.	Oddawanie stolca			
RAZEM:				

UWAGA: →Samodzielny / Prawidłowe – 1 pkt,

→Niesamodzielny / Nietrzymanie – 0 pkt

→Do przyjęcia do ZOL/ZPO kwalifikuje się pacjent, który otrzymał 6 pkt lub mniej.

Legenda:

* niepotrzebne skreślić

** wstawić znak X w odpowiednich pozycjach

*** poradnia pod opieką, której znajduje się pacjent

2.

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			

3.

L.p.	Nazwa poradni udzielającej przewlekle ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjentowi ***	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej udzielającego przewlekle ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjentowi
1		
2		
3		

.....
Data i podpis, pieczęć pielęgniarki

Legenda:

* niepotrzebne skreślić

** wstawić znak X w odpowiednich pozycjach

*** poradnia pod opieką, której znajduje się pacjent

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
Pesel

.....
telefon kontaktowy

ZGODA PACJENTA OBJĘCIA OPIEKĄ PALIATYWNO-HOSPICYJNĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie opieką przez hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne,
oddział medycyny paliatywnej *

.....
(nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej)

.....
Jestem ubezpieczony w Oddziale NFZ w

.....
Osoba (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu) wskazana przez pacjenta do kontaktu z
hospicjum/oddziałem medycyny paliatywnej

.....
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych
świadczeniodawcy i płatnika.

.....
podpis pacjenta lub faktycznego opiekuna

* - właściwe zakreślić

Grupy chorób nienowotworowych

Choroby spowodowane czynnikiem zakaźnym i ich następstwa
<ul style="list-style-type: none"> - nosicielstwo HIV/AIDS, - powikłania encefalopatii pozakaźnych o ciężkim przebiegu (np. po HSV), - ciężkie powikłania bakteryjnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, - choroby spowodowane wirusami powolnymi (np. SSPE), - zespoły powstałe wskutek zakażeń wewnątrzmacicznych (np. wrodzona toksoplazmoza, embriopatie i fetopatie różyczkowe, po zakażeniu CMV lub HSV), i inne.
Uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego spowodowane niedotlenieniem, krwotokami, zakrzepicą żylną, urazami lub zatruciami:
<ul style="list-style-type: none"> - mózgowe porażenie dziecięce, - encefalopatie pourazowe, - encefalopatie niedokrwienne, - encefalopatie toksyczne, - inne.
Choroby metaboliczne:
<ul style="list-style-type: none"> - genetycznie uwarunkowane zaburzenia przemiany aminokwasów (np. leucynoza, homocystynuria), - genetycznie uwarunkowane zaburzenia przemiany puryn (np. Z. Lysh-Nyhana), - genetycznie uwarunkowane zaburzenia przemiany lipidów (np. leukodystrofie i adrenoleukodystrofie), - genetycznie uwarunkowane zaburzenia przemiany węglowodanów (np. dwarfda owy), - genetycznie uwarunkowane zaburzenia przemiany metali (Z. Menkesa, Wilsona), - choroby peroksyzomalne (np. Z. Zellwegera), - choroby lizosomalne (np. mukopolisacharydy), - mukopolisacharydozy.
Choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego (genetycznie uwarunkowane i nieznanej etiologii) oraz demielinizacyjne:
<ul style="list-style-type: none"> - stwardnienie zanikowe boczne, - postępujące zwyrodnienie istoty szarej mózgu, - dziecięca dystrofia neuroaksonalna, - zwyrodnienie gąbczaste, - choroby mitochondrialne, - inne.
Genetycznie uwarunkowane choroby nerwowo-mięśniowe:
<ul style="list-style-type: none"> - dystrofia mięśniowa Duchennea i inne postępujące dystrofie mięśniowe, - dystrofie miotoniczne, - rdzeniowy zanik mięśni, - inne.
Choroby uwarunkowane genetycznie o postępującym charakterze przebiegające z wydatnym skróceniem okresu przeżycia:
<ul style="list-style-type: none"> - mukowiscydoza, - stwardnienie guzowate i inne fakomatozy, - wady szkieletowe (np. niektóre postaci osteogenesis imperfecta, niektóre dysplazje kostne możliwe do stwierdzenia u noworodków (np. tanatoforyczna, punktowa), - choroby tkanki łącznej (np. epidermolysis bullosa, - inne.
Aberracje chromosomowe:
<ul style="list-style-type: none"> zespół dwarfda (trisomia 18), zespół Patau (trisomia 13), - zespół Downa (postaci ze złożonymi wadami, zwłaszcza serca), - inne.
Zespoły ciężkich złożonych wad wrodzonych i powikłania ich przebiegu:
<ul style="list-style-type: none"> - wady serca, - wady cewy nerwowej, - powikłane wodogłowie.
Nabyte zespoły przebiegające z krańcową niewydolnością wielonarządową:
<ul style="list-style-type: none"> - niewydolność wątroby w stanie schyłkowym, - schyłkowa niewydolność nerek towarzysząca innym wadom wrodzonym,
Schorzenia o różnej etiologii:
<ul style="list-style-type: none"> - kardiomiopatie.

KARTA PRZEDŁUŻENIA POBYTU W ZOL / ZPO*

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Adres zamieszkania

.....

PESEL

.....

Ocena stanu samoobsługi pacjenta:

1.

L.p.	Nazwa czynności **	Samodzielny	Niesamodzielny	Punktacja
1.	Spożywanie posiłków			
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie)			
3.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich)			
4.	Wchodzenie i schodzenie po schodach			
5.	Korzystanie z toalety (WC) i utrzymanie higieny osobistej w związku z wydalaniem			
6.	Kąpiel (mycie pod prysznicem) całego ciała			
7.	Czynności higieniczne (np. mycie częściowe, twarzy, rąk, zębów, protezy zębowej, czesanie, golenie)			
8.	Ubieranie i rozbieranie się			
	Nazwa czynności **	Prawidłowe	Nietrzymanie	
9.	Oddawanie moczu			
10.	Oddawanie stolca			
RAZEM:				

UWAGA: →Samodzielny / Prawidłowe – 1 pkt,

→Niesamodzielny / Nietrzymanie – 0 pkt

→Do przyjęcia do ZOL/ZPO kwalifikuje się pacjent, który otrzymał 6 pkt lub mniej.

.....
Data i podpis, pieczęć pielęgniarki zakładu**Legenda:**

* niepotrzebne skreślić

** wstawić znak X w odpowiednich pozycjach

Stwierdzam, iż Pan/Pani*
kwalifikuje się / nie kwalifikuje się* do przedłużenia pobytu
.....
.....
.....

/ wpisać nazwę zakładu /

.....
Data i podpis, pieczęć lekarza zakładu

W związku z oceną stanu samoobsługi pacjenta oraz oceną zdrowia fizycznego i psychicznego
Pana/Pani*

/ imię, nazwisko, pesel pacjenta/

przebywającej/go w

/ należy wpisać nazwę zakładu/

od dnia do dnia

proszę o wyrażenie zgody na przedłużenie pobytu na okres

.....
data i podpis, pieczęć dyrektora zakładu

Legenda:

* niepotrzebne skreślić

** wstawić znak X w odpowiednich pozycjach

Wydaję zgodę / nie wydaję zgody* na przedłużenie pobytu Pani/Pana*

.....

/ imię, nazwisko, pesel pacjenta/

W

/ wpisać nazwę zakładu /

.....

na okres

.....
Data i podpis, pieczęć dyrektora OW NFZ lub osoby upoważnionej

Legenda:

* niepotrzebne skreślić

** wstawić znak X w odpowiednich pozycjach