

Zasady organizacji, realizacji i finansowania diagnostyki oraz leczenia COVID-19 w Polsce

– poradnik dla placówek
medycznych



Polskie
Towarzystwo
Koderów
Medycznych



WYDAWCA



**Polskie
Towarzystwo
Koderów
Medycznych**

ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce
REGON: 302053014, NIP: 7831689700
www.ptkm.org.pl, e-mail: zarzad@ptkm.org.pl

Opracowanie przygotowane przez ekspertów Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych pod redakcją: dr. n. o zdr. Michała Chroboty, według stanu prawnego na dzień 30 kwietnia 2021 r.

ISBN: 978-83-957055-1-9. Wydanie cyfrowe I.

Egzemplarz bezpłatny.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Cytowanie fragmentów dozwolone pod warunkiem podania źródła.

Kielce, maj 2021 r.

Specjalne podziękowania składamy autorom niniejszego poradnika, tj.:

- mgr Renacie Wachowicz,
- dr n. med. Aleksandrze Sierockiej,
- dr n. praw., r. pr. Kamili Kocańda,
- dr n. praw., r. pr. Katarzynie Dąbek-Krajewskiej,
- dr n. o zdr. Michałowi Chrobotowi.

Poradnik powstał przy wsparciu Gilead



GILEAD

***Drodzy Czytelnicy,
pracownicy podmiotów leczniczych,***

od początku 2020 r. zarówno Polska, jak i cały Świat, walczy z epidemią wirusa SARS-CoV-2. W tym czasie konieczne było wdrożenie szybkich działań, zmierzających do organizacji walki z pandemią oraz finansowania tych świadczeń, w większości poza dotychczasowymi umowami placówek medycznych z NFZ. Okres ten obfitował w zmiany w przepisach prawa oraz wytycznych Ministerstwa Zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia, który został „pośrednikiem” w płatności za wykonywane świadczenia. Wraz ze zmieniającymi się potrzebami epidemiologicznymi oraz możliwościami kadrowo-sprzętowymi podmiotów leczniczych dostosowywano zakres oraz warunki realizacji świadczeń dedykowanych do diagnostyki i leczenia koronawirusa, wprowadzając modyfikacje nawet po kilka razy w tygodniu.

Dlatego też eksperci zrzeszeni w Polskim Towarzystwie Koderów Medycznych podjęli się przygotowania niniejszego zwięzłego i jednolitego opracowania, którego celem jest wskazanie wytycznych do realizacji i rozliczania świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem COVID-19, zarówno tych opisanych w przepisach prawa, wytycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również wynikających z doświadczeń własnych.

Życzę Państwu przyjemnej lektury i zapraszam do współpracy w ramach Naszego Stowarzyszenia!

*dr n. o zdr. Michał Chrobot
Prezes Zarządu
Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych*

Spis treści:

I. Podstawy prawne realizacji i rozliczania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19	5
● dr n. prawn., r. pr. Kamila Kocańda: Podstawowe akty prawne w walce z COVID-19	5
II. Diagnostyka i leczenie COVID-19 ze środków Ministerstwa Zdrowia (w ramach umów na walkę z COVID-19, finansowanych z dotacji z budżetu państwa)	9
● dr n. o zdr. Michał Chrobot: Zakresy i/lub produkty rozliczeniowe związane z diagnostyką COVID-19	9
● mgr Renata Wachowicz: Zakresy i/lub produkty rozliczeniowe związane z leczeniem COVID-19	12
● dr n. med. Aleksandra Sierocka: Sprawozdawczość i rozliczanie świadczeń w ramach umów na finansowanie COVID-19, zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia	27
● mgr Renata Wachowicz: Dodatkowe środki dla placówek medycznych, włączonych w walkę z epidemią COVID-19 w Polsce	32
● dr n. prawn., r. pr. Katarzyna Dąbek-Krajewska: Dodatkowe środki na wynagrodzenie personelu zaangażowanego w walkę z epidemią czyli tzw. dodatek covidowy	33
● dr n. o zdr. Michał Chrobot, dr n. med. Aleksandra Sierocka: Zakresy i/lub produkty rozliczeniowe związane z rehabilitacją po COVID-19	44
III. Diagnostyka i leczenie COVID-19 ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (w ramach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych)	49
● dr n. o zdr. Michał Chrobot: Rozliczanie pobytu pacjenta z COVID-19 w oddziale szpitalnym, w systemie JGP	49
● dr n. o zdr. Michał Chrobot: Leczenie w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii	50
● dr n. o zdr. Michał Chrobot: Zakresy i/lub produkty rozliczeniowe związane z leczeniem następstw i/lub powikłań po przejściu zachorowania na COVID-19	51
Bibliografia	54
Załączniki	57

Podstawy prawne realizacji i rozliczania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19

1.1) Podstawowe akty prawne w walce z COVID-19

Zasady rozliczania świadczeń zdrowotnych związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 zostały uregulowane w tzw. specustawie z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (zwana dalej u. COVID-19) [1]. W pierwotnej wersji przedmiotowej regulacji ustawodawca określił, że świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, są udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą wpisane do wykazu, opracowywanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z wojewodą [1]. W wykazie uwzględniane były podmioty wykonujące działalność leczniczą, zamieszczone w nim w oparciu o kryterium potrzeby zabezpieczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, a także strukturę organizacyjną tych podmiotów, rodzaj wykonywanej działalności leczniczej oraz zasoby kadrowe i sprzętowe [1]. Mocą nowelizacji specustawy z marca 2020 r. krąg podmiotów, realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, poszerzony został o lekarzy i lekarzy dentystów wpisanych do wykazu opracowywanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z wojewodą.

Problematykę sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 regulował przepis art. 9 w/w ustawy, w myśl którego świadczenia te były finansowane przez

Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z budżetu państwa z części, której dysponentem był minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń udzielonych w przyjętym okresie rozliczeniowym [1][2]. Mocą przepisu art. 36 ust. 3 u.COVID-19 [3], przepisy art. 7 oraz 9 utraciły moc obowiązującą w związku z upływem 365 dni od dnia wejścia w życie specustawy w pierwotnym brzmieniu. W wyniku powyższego, podstawą prawną zarządzeń Prezesa NFZ [4] regulujących zasady sprawozdawania oraz rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, stał się przepis art. 11h u. COVID-19, dodany do niej przez przepis art. 17 pkt 4 ustawy z dnia 7 października 2020 r., zmieniającej ją z dniem 9 października 2020 r.

Świadczenia opieki zdrowotnej wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 nie są finansowane na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, podczas gdy te niezwiązane z przeciwdziałaniem COVID-19, są finansowane na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w oparciu o ustawę o świadczeniach [5]. Obowiązujące aktualnie Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 [6] przewiduje, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez szpitale, w stosunku do których właściwy organ wydał stosowne polecenie albo nałożył tego rodzaju obowiązek. Szpitale te tworzą tzw. system zabezpieczenia COVID-19 w ramach następujących poziomów zabezpieczenia:

- 1) poziomie I – łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2;
- 2) poziomie II – łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej;
- 3) poziomie III – realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu;
- 4) poziomie IV – łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżek respiratorowych oraz udzielanie

świadczeń wyłącznie pacjentom z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu z wyłączeniem świadczeń, w odniesieniu do których dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydał zgodę na ich udzielanie również pacjentom innym niż zakażeni wirusem SARS-CoV-2.

Opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń, dyspozycji obsady kadrowej w określonym wymiarze oraz reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii [6].

1.2) Teleporady

Szczególną formą udzielania świadczeń na odległość od wejścia w życie u.COVID-19 była teleporada udzielana przez lekarza oraz lekarza dentytę albo podmiot wykonujący działalność leczniczą [7]. Podmioty te mogły udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Lekarz oraz lekarz dentysta udzielający tych świadczeń, prowadzić miał dokumentację medyczną w postaci karty teleporady, która miała być przechowywana przez okres 30 dni od dnia jej udzielenia [8]. Teleporada obejmowała świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 i mogła być prowadzona wyłącznie za pośrednictwem systemów teleinformatycznych udostępnionych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), zaś jej celem było udzielenie informacji osobom, które podejrzewają obecność koronawirusa SARS-CoV-2 w swoim organizmie, a z uzasadnionych powodów nie mogą skontaktować się ze swoim lekarzem POZ [9]. Przepisy Zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (NFZ z 2021 r. poz. 42 z późn. zm.), do świadczeń opieki zdrowotnej, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielonych przez podmioty wpisane do właściwego wykazu, w zakresie teleporad, stosowane były do dnia 31 marca 2021 r. [6].

Teleporady jako uzasadniona ze względów epidemiologicznych forma realizacji świadczeń zdrowotnych stały się nieodłącznym elementem systemu opieki zdrowotnej i znalazły zastosowanie także w innych rodzajach oraz zakresach świadczeń, jak POZ [10], AOS [11], w opiece długoterminowej i hospicjach [12], w opiece psychiatrycznej [13], w ramach rehabilitacji leczniczej [14], wizyt kontrolnych u pacjentów w stanie stabilnym, podlegających leczeniu w rodzaju leczenia szpitalne – programy lekowe oraz leczenie szpitalne – chemioterapia [15].

1.3) Szpitale tymczasowe

Świadczenia opieki zdrowotnej w okresach występowania zwiększonej liczby zakażeń SARS-CoV-2 udzielane są przez szpitale, zlokalizowane w miejscu nieprzeznaczonym dotychczas do udzielania tych świadczeń, w którym są udzielane świadczenia zdrowotne pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2, spełniające prawem przepisane warunki, których dotyczy polecenie albo obowiązek, wydane albo nałożone przez właściwy organ, zwane dalej „szpitalami tymczasowymi” [6].

W przypadku świadczeń udzielanych w szpitalu tymczasowym opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmująca pozostawanie w dyspozycji obsady kadrowej oraz wolnych łóżek za gotowość do udzielania świadczeń, jest naliczana za moduł obejmujący nie więcej niż 56 łóżek, a gdy co najmniej 49 z tych łóżek jest już zajętych, za moduł kolejnych nie więcej niż 28 łóżek, a gdy co najmniej 21 łóżek w module 28-łóżkowym jest już zajętych, to opłata ryczałtowa jest naliczana za moduł kolejnych nie więcej niż 28 łóżek, o ile tyle jest dostępnych, natomiast za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej za moduł obejmujący nie więcej niż 10 łóżek dla pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej, a gdy co najmniej 7 z tych łóżek jest już zajętych, opłata ryczałtowa obejmuje moduł kolejnych nie więcej niż 10 łóżek, o ile tyle jest dostępnych – razem maksymalnie 13 łóżek dla pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej [6].



Diagnostyka i leczenie COVID-19 ze środków Ministerstwa Zdrowia (w ramach umów na walkę z COVID-19, finansowanych z dotacji z budżetu państwa)

W ramach poniższych punktów opisane są świadczenia lub produkty możliwe do wykonania i rozliczenia do Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach odrębnych instrumentów finansowania (poza umowami o udzielanie świadczeń zdrowotnych). Świadczenia te mogą realizować wyłącznie placówki wpisane przez właściwych wojewodów do tzw. systemu zabezpieczenia COVID-19 i są finansowane przez NFZ w sposób nielimitowany (za każde świadczenie). Płatnik publiczny otrzymuje środki na finansowanie tych zadań z budżetu państwa. Wszystkie wyceny oraz zasady sprawozdawczości opisane zostały w Zarządzeniu Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 z późn. zm. (dalej: zarządzenie Covidowe) [6].

1) Zakresy i/lub produkty rozliczeniowe związane z diagnostyką COVID-19

Ministerstwo Zdrowia finansuje diagnostykę SARS-CoV-2 w formie:

a) testów wykonywanych metodą RT-PCR o wycenie:

- ▶ 280,00 zł – pokrywa koszt wykonania testu metodą RT-PCR, rozliczane w przypadku przekazania wyniku do zlecającego w terminie 24 godzin od dostarczenia materiału do wykonania testu do laboratorium;
- ▶ 140,00 zł – pokrywa koszt wykonania testu metodą RT-PCR (z wyłączeniem kosztu odczynników), rozliczane w przypadku przekazania wyniku do zlecającego w terminie 24 godzin od dostarczenia materiału do wykonania testu do laboratorium;

- ▶ 255,00 zł – pokrywa koszt wykonania testu metodą RT-PCR, rozliczane w przypadku przekazania wyniku do zlecającego w terminie przekraczającym 24 godziny od dostarczenia materiału do wykonania testu do laboratorium;
- ▶ 115,00 zł – pokrywa koszt wykonania testu metodą RT-PCR (z wyłączeniem kosztu odczynników), rozliczane w przypadku przekazania wyniku do zlecającego w terminie przekraczającym 24 godziny od dostarczenia materiału do wykonania testu do laboratorium [6].

b) testów antygenowych:

- ▶ 74,43 zł – obejmuje koszty: pobrania materiału biologicznego, testu antygenowego i wykonania testu. Minimalne kryteria testu antygenowego podlegającego rozliczeniu to: czułość – 90%, swoistość – 97%, zgodnie z danymi walidacyjnymi deklarowanymi przez producenta w procesie rejestracji wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro;
- ▶ 42,03 zł – obejmuje koszty: pobrania materiału biologicznego i wykonania testu (bez kosztu testu). Minimalne kryteria testu antygenowego podlegającego rozliczeniu to: czułość – 90%, swoistość – 97%, zgodnie z danymi walidacyjnymi deklarowanymi przez producenta w procesie rejestracji wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro [6].

W przypadku testów RT-PCR możliwe jest zlecenie i pobieranie ich:

- od osób podejrzanych o zakażenie lub zakażonych wirusem SARS-CoV-2, zwolnionych z obowiązku odbycia obowiązkowej kwarantanny,
- od osób posiadających potwierdzone skierowanie na leczenie uzdrowskie albo rehabilitację uzdrowską,
- od opiekuna dziecka – w przypadku świadczeń uzdrowskiego leczenia sanatoryjnego dzieci wykonywanego pod opieką dorosłych,
- od osób zakwalifikowanych na rehabilitację leczniczą w zakładach rehabilitacji leczniczej,
- od osób innych niż określone powyżej, którym zlecono wykonanie testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

Testy antygenowe można wykonywać i rozliczać przy udzielaniu świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne, ratownictwo medyczne i podstawowa opieka zdrowotna w zakresie lekarza POZ (w przypadku lekarza POZ wykonanie wyłącznie w trakcie porady w poradni lub w trakcie wizyty domowej).

Dodatkowo NFZ finansuje pozostawanie w gotowości, zgodnie z harmonogramem uzgodnionym z Dyrektorem OW NFZ, do pobrania materiału biologicznego od osób, którym zlecono wykonanie testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2:

- 1) w przypadku stacjonarnego punktu pobrań materiału biologicznego:
 - ▶ 300,00 zł za dobę – za dobową dostępność co najmniej dwie godziny dziennie;
 - ▶ 80,00 zł – w przypadku stacjonarnego punktu pobrań materiału biologicznego – za każdą pełną godzinę dostępności powyżej dwóch godzin, w dniu, w którym zapewniana jest co najmniej dwugodzinna gotowość;
- 2) w przypadku mobilnego zespołu wymazowego:
 - ▶ 900,00 zł za dobę – za gotowość co najmniej 8 godzin na dobę, do pobrania materiału biologicznego od osoby podejrzanej o zakażenie lub ze stwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w miejscu jej zamieszkania;
 - ▶ 100,00 zł – za każdą pełną godzinę dostępności powyżej ośmiu godzin, w dniu, w którym zapewniana jest co najmniej 8 godzinna gotowość [6].

Punkty te otrzymują także wynagrodzenie w wysokości 21,00 zł za każdorazową czynność pobrania materiału biologicznego do badania [6].

Mimo płynących próśb ze strony środowiska medycznego nadal w Polsce brak jest możliwości rozliczania badań poziomu przeciwciał w klasach IgG/IgM we wszystkich rodzajach świadczeń (stanowią wyłączny koszt świadczenia, a ich wykonanie nie zwiększa przychodu z NFZ).

2) Zakresy i/lub produkty rozliczeniowe związane z leczeniem COVID-19

2.1) Leczenie pacjentów z COVID-19 w szpitalach włączonych do systemu

W Polsce świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez szpitale tworzące tzw. system zabezpieczenia COVID-19. Są to placówki w stosunku do których właściwy organ wydał polecenie albo nałożył obowiązek przekształcenia. Wyodrębniono poniższe poziomy kwalifikacji:

- Poziom I – szpitale zapewniające łóżka do opieki tymczasowej dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2;
- Poziom II – szpitale zapewniające łóżka dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżka intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej;
- Poziom III – szpitale realizujące świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach świadczeń wskazanych w poleceniu;
- Poziom IV – szpitale zabezpieczające łóżka dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżka respiratorowe. W szpitalach tych udzielane są także świadczenia na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu z wyłączeniem świadczeń, w odniesieniu do których Dyrektor OW NFZ wydał zgodę na ich udzielanie również pacjentom innym niż zakażeni wirusem SARS-CoV-2.

Dodatkowo wyodrębniono:

- Szpitale Tymczasowe – szpitale zlokalizowane w miejscu nieprzeznaczonym dotychczas do udzielania tych świadczeń. Świadczenia opieki zdrowotnej, w którym są udzielane świadczenia zdrowotne zarówno pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2;
- Izolatoria – podmioty zabezpieczające świadczenia polegające na obejmowaniu pacjentów opieką w izolatorium w związku z przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2.

W celu realizacji świadczeń w związku z SARS-CoV-2 NFZ podpisuje z podmiotami umowy cywilno-prawne, zawierane na podstawie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem,

przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, niezależnie od dotychczas zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym w obszarze podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (PSZ). Nowe umowy gwarantują finansowanie zabezpieczenia diagnostyki i leczenia zarówno pacjentów podejrzanych jak i pacjentów pozytywnych wymagających wysokospecjalistycznego leczenia.

2.2) Ryczały oraz produkty pobytowe z zarządzenia NFZ ws. COVID-19 dla poszczególnych poziomów szpitali

Finansowanie świadczeń w obszarze leczenia szpitalnego dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, jest zróżnicowane nie tylko ze względu na poziomy zabezpieczenia, ale również za potencjał dedykowany tym świadczeniom. Szpitale otrzymują płatność zarówno za fakt pozostawania w gotowości, jak i za proces leczenia. Opłaty ryczałtowe uzależnione są w zależności do tego, jakie łóżka zabezpiecza Szpital (wydzielone z obecnej struktury czy nowe). NFZ finansuje poniższe produkty:

- Dobowa opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń objętych dotychczas finansowaniem – dotyczy Szpitali na I i II poziomie zabezpieczenia. Możliwa do rozliczenia wyłącznie w sytuacji ograniczenia potencjału dedykowanego do realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów innych niż z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2;
- Ryczałt wyliczany jest przez Płatnika na podstawie wykazu łóżek wyłączonych z obecnej struktury (*Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń wyliczana jest na podstawie: – wynagrodzenia odpowiadającego świadczeniom udzielonym w tej komórce organizacyjnej w okresie I–II 2020 r. z wyłączeniem: leków stosowanych w chemioterapii oraz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w ramach programów lekowych, środków finansowych przekazywanych na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy oraz świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych na podstawie OWU*);
- Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń – dotyczy Szpitali na I, II i IV poziomie zabezpieczenia – 100,00zł – za dobową dostępność jednego łóżka. Wyłącznie za łóżka nie objęte dotychczas finansowaniem przez NFZ na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

- Dodatkowa opłata ryczałtowa za dostępność respiratora do udzielania świadczeń – dotyczy Szpitali na II i IV poziomie zabezpieczenia – 200,00zł za dobową dostępność jednego respiratora. Wyłącznie za respiratory nie objęte dotychczas finansowaniem na podstawie umów zawartych z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- Dodatkowa opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń na III poziomie zabezpieczenia COVID-19 – dotyczy wyłącznie Szpitali na III poziomie zabezpieczenia realizujących decyzją Wojewody świadczenia specjalistyczne – 40,00zł – opłata dobową za łóżko w rejestrze wojewody odpowiadające zakresom świadczeń wymienionym w poleceniu MZ / wojewody. Opłata naliczana bez względu na fakt, czy na łóżku przebywa pacjent czy nie (uwaga: produkt nie do rozliczenia w przypadku objęcia ww. łóżek poleceniem MZ / wojewody dla II poziomu zabezpieczenia COVID-19);
- Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń dla szpitala IV poziomu zabezpieczenia COVID-19 w województwie – ryczałt za miesiąc dostępności. Dotyczy wyłącznie Szpitali na IV poziomie zabezpieczenia. *Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń dla szpitala koordynującego zabezpieczenie COVID-19 w województwie od 1 stycznia 2021 r. wyliczana jest na podstawie: 1/n-tej sumy kwot zobowiązań na 2021 r. odpowiadających świadczeniom finansowanym w umowach ceną jednostki rozliczeniowej pomniejszonej o wartość świadczeń finansowanych ceną jednostki rozliczeniowej udzielonych i rozliczonych za dany okres sprawozdawczy pacjentom innym niż z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, z wyłączeniem: leków stosowanych w chemioterapii oraz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w ramach programów lekowych, środków finansowych przekazywanych na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy oraz świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych na podstawie OWU. Wartości ryczałtu PSZ w danym okresie sprawozdawczym pomniejszonej o wartość świadczeń finansowanych ryczałtem PSZ udzielonych w danym okresie sprawozdawczym pacjentom innym niż z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2);*
- Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w podmiocie wykonującym działalność leczniczą – dotyczy Szpitali na I, II i IV poziomie zabezpieczenia – 185,00 zł za pobyt pacjenta podejrzanego o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 bez względu na czas pobytu. Sumuje się do opłaty ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń objętych dotychczas finansowaniem [6].

2.3) **Finansowanie świadczeń związanych z leczeniem tlenoterapią, pobytem OIT oraz leczeniem wysokospecjalistycznym pacjenta zakażonego wirusem SARS-CoV-2**

Leczenie pacjenta głównie w obszarze internistycznym, w tym także w związku z koniecznością zastosowania tlenoterapii finansowane jest w szpitalach II i IV poziomu zabezpieczenia poprzez poniższe produkty:

- Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 – $SpO_2 < 95\%$ – 630,00zł za osobodzień – do rozliczenia za osobodzień pobytu z pomiarem $SpO_2 < 95\%$;
- Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 – $SpO_2 \geq 95\%$ – 330,00zł za osobodzień – do rozliczenia do 13tego dnia hospitalizacji za osobodzień pobytu z pomiarem $SpO_2 \geq 95\%$.

Przy rozliczaniu powyższych świadczeń finansowanie zostaje pomniejszone, gdyż dzień przyjęcia i wypisu jest rozliczany jako jeden dzień. Nie sumuje się ich do rozliczenia łącznie z opłatą ryczałtową. Zachodzi konieczność codziennego wpisywania wartości SpO_2 do dokumentacji medycznej pacjenta.

W przypadku rozpoczęcia i prowadzenia u pacjenta wentylacji mechanicznej na oddziale innym niż OIT NFZ finansuje specjalne świadczenie a mianowicie: *Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej poza OAiIT* – 1 154,00zł za osobodzień (dzień przyjęcia i wypisu jest rozliczany jako jeden dzień). Świadczenie to nie może być sumowane z świadczeniami rozlicznymi na podstawie pomiaru saturacji.

W przypadku konieczności leczenia pacjenta na oddziale Intensywnej Terapii z uwagi na pogorszenie stanu zdrowia w szpitalach II i IV poziomu – pobyt finansowany jest za pomocą produktu: *Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w OAiIT* (współczynnik 1,08). Płatność stanowi iloczyn wartości punktowej zgodnej z wartością określoną w załącznikach nr 1ts oraz nr 1c do obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne i świadczenia wysokospecjalistyczne i ceny za punkt 1,08 zł.

Finasowanie świadczeń odbywa się za osobodzień, zgodnie z skalą TISS. Do rozliczenia wskazuje się wszystkie dni pobytu pacjenta, w których uzyskał

on co najmniej 19 punktów w skali TISS – 28 albo co najmniej 16 punktów w skali TISS – 28 dla dzieci. Z zastrzeżeniem, że dzień przyjęcia i wypisu jest rozliczany jako jeden osobodzień (z możliwością rozliczenia osobodnia, w którym pacjent osiągnął wyższą punktację). Rozliczenie świadczeń w OIT odbywa się z uwzględnieniem świadczeń do sumowania, zgodnie z załącznikiem nr 1c do obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne i świadczenia wysokospecjalistyczne.

Płatnik zabezpiecza także finansowanie hospitalizacji na rzecz pacjentów zakażonych leczonych na oddziałach specjalistycznych z uwagi na choroby podstawowe. Wskazane decyzją MZ lub Wojewody oddziały w szpitalach III i IV poziomu zabezpieczenia mogą rozliczać świadczenie: *Hospitalizacja związana z leczeniem specjalistycznym pacjenta z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (współczynnik 1,11)*. Finansowanie odbywa się analogicznie do zasad dotychczas obowiązujących podczas rozliczania świadczeń w ramach umów PSZ (Płatność stanowi iloczyn sumy wartości punktowej odpowiednich produktów, zgodnej z wartością określoną w katalogach do obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- a) w rodzaju leczenie szpitalne i świadczenia wysokospecjalistyczne – 1a, 1b, 1c, 1d, 1ts, 1w, 1ws albo
- b) przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” – 1a, 1b albo
- c) w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży – KOC I (KOC I)” – 1a albo
- d) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii – 1e albo
- e) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego – 1k oraz ceny za punkt 1,11 zł, z wyłączeniem produktów rozliczanych na podstawie faktury zakupu) [6].

Przykład możliwych rozliczeń na poszczególnych poziomach:

SZPITAL I POZIOM

Opłata ryczałtowa za gotowość
do udzielania świadczeń objętych
dotychczas finansowaniem
**Ryczałt wyliczony na
podstawie wydzielonych łóżek**

lub

Opłata ryczałtowa za gotowość
do udzielania świadczeń
**100 zł za dobową dostępność
jednego łóżka**

oraz

Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem
zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w podmiocie
wykonującym działalność leczniczą **185 zł**

oraz

Wstępna kwalifikacja typu pretriage
21 zł

SZPITAL II POZIOM

Opłata ryczałtowa za gotowość
do udzielania świadczeń objętych
dotychczas finansowaniem
**Ryczałt wyliczony na podstawie
wydzielonych łóżek**

lub

Opłata ryczałtowa za gotowość
do udzielania świadczeń
**100 zł za dobową dostępność
jednego łóżka**

oraz

Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem
SARS-CoV-2 w podmiocie wykonującym działalność leczniczą **185 zł**

oraz

Wstępna kwalifikacja typu pretriage
21 zł

oraz

Dodatkowa opłata ryczałtowa za dostępność
respiratora do udzielania świadczeń
200 zł na dobę za dodatkowy respirator

oraz

Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego
wentylacji mechanicznej poza OAiT
1154 zł za osobodzień prowadzenia wentylacji

lub

Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w OAiT
**TISS za każdy dzień + świadczenia
do sumowania podwyższone współczynnikiem 1,08**

lub

Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 – SpO₂<95%
630,00 zł za osobodzień

lub

Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 – SpO₂≥95%
330,00 zł za osobodzień

SZPITAL III POZIOM

Dodatkowa opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń na III poziomie zabezpieczenia COVID-19

40 zł – dobową opłatą za łóżko w rejestrze wojewody

oraz

Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w podmiocie wykonującym działalność leczniczą

185 zł

oraz

Wstępna kwalifikacja typu pretriage

21zł

oraz

Hospitalizacja związana z leczeniem specjalistycznym pacjenta z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

GRUPA JGP +TISS+ INNE Świadczenia w cenie 1,11zł / pkt

Rozliczenie stanowi iloczyn sumy wartości punktowej odpowiednich produktów, zgodnej z wartością określoną w katalogach do obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- a) w rodzaju leczenie szpitalne i świadczenia wysokospecjalistyczne – 1a, 1b, 1c, 1d, 1ts, 1w, 1ws albo
- b) przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy w wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” – 1a, 1b albo
- c) w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży – KOC I (KOC I)” – 1a albo
- d) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii – 1e
- e) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe – 1k oraz ceny za punkt 1,11 zł, z wyłączeniem produktów rozliczanych na podstawie faktury zakupu

SZPITAL IV POZIOM**W PRZYPADKU SZPITALA KOORDYNUJĄCEGO**

Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń dla szpitala IV poziomu
zabezpieczenia COVID-19 w województwie
za miesiąc dostępności

oraz

Wszystkie świadczenia możliwe do rozliczenia
Szpital II poziom

oraz

Wszystkie świadczenia możliwe do rozliczenia
Szpital III poziom

2.4) **Zabezpieczenie stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla pacjentów zakażonych**

NFZ finansuje w szpitalach II i IV poziomu zabezpieczenia pacjentów z COVID-19 psychiatryczne leczenie specjalistyczne dla dzieci i dorosłych zgodnie z poniższą wyceną:

- 230,00zł za osobodzień – hospitalizacja związana z leczeniem specjalistycznym psychiatrycznym pacjenta z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,
- 380,00zł za osobodzień – hospitalizacja związana z leczeniem specjalistycznym psychiatrycznym dzieci i młodzieży z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS CoV-2 [6].

Finansowanie odbywa się za każdy osobodzień z uwzględnieniem zasady, że dzień przyjęcia i wypisu jest rozliczany jako jeden dzień. Dopuszczono możliwość sumowania wraz dodatkową opłatą ryczałtową za gotowość do udzielania świadczeń na III poziomie zabezpieczenia COVID-19.

2.5) **Finasowanie świadczeń w Szpitalach Tymczasowych**

Płatnik finansuje świadczenia realizowane w Szpitalu Tymczasowym poprzez poniżej wymienione produkty zgodnie z wyceną świadczenia:

- 822,42 zł – Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym – za dobową dostępność jednego łóżka;
- 3 773,70 zł – Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym. Za dobową dostępność jednego stanowiska umożliwiającego prowadzenie wentylacji mechanicznej pacjenta;
- 18 299,00 zł – Opłata ryczałtowa za gotowość punktu przyjęć w szpitalu tymczasowym. Za dobową gotowość do udzielania świadczeń;
- 1 026,40 zł – Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta w szpitalu tymczasowym. Za osobodzień (dzień przyjęcia i wypisu jest rozliczany jako jeden dzień). Nie wykazuje się do rozliczenia łącznie z ryczałtem za dobową dostępność łóżka;
- 4 321,14 zł – Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym. Za osobodzień (dzień przyjęcia i wypisu jest rozliczany jako jeden dzień). Do rozliczenia wyłącznie w dniach prowadzenia wentylacji mechanicznej alternatywnie do produktu 99.03.0011 – Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta w szpitalu tymczasowym. Nie wykazuje się do rozliczenia łącznie ryczałtem za dostępność stanowiska do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym [6].

Uzyskanie finansowania jest możliwe wyłącznie w sytuacji, gdy personel udzielający świadczeń w Szpitalu Tymczasowym nie udziela jednocześnie świadczeń w podmiocie leczniczym tworzącym szpital tymczasowy lub innym podmiocie leczniczym.

2.6) Finansowanie świadczeń w Izolatoriach

Zabezpieczenie świadczeń polegające na obejmowaniu pacjentów opieką w izolatorium w związku z przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 finansowane jest przez NFZ poprzez poniżej wymienione produkty zgodnie z wyceną świadczenia:

- 20,00 zł – Opłata ryczałtowa za gotowość do objęcia opieką w izolatorium – za dobową dostępność pokoju;
- 135,00 zł – Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w izolatorium typ I;
- 200,00 zł – Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w izolatorium typ II [6].

Pobyty w izolatorium finansowane są za osobodzień (dzień przyjęcia i wypisu są rozliczane jako osobne dni) – nie wykazuje się do rozliczenia łącznie ryczałtem za gotowość do objęcia opieką w izolatorium;

- 195,00 zł – Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, skala Barthel >40<80 – izolatorium typ I – za osobodzień (dzień przyjęcia i wypisu są rozliczane jako osobne dni) pobytu pacjenta dla którego ocena skalą poziomu samodzielności (skalą Barthel) jest niższa niż 80 punktów, a wyższa od 40 punktów;
- 245,00 zł – Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, skala Barthel =<40 – izolatorium typ I – za osobodzień (dzień przyjęcia i wypisu są rozliczane jako osobne dni) pobytu pacjenta dla którego ocena skalą poziomu samodzielności (skalą Barthel) jest niższa niż 40 punktów [6].

Rozliczenie za pobyt nie wykazuje się do rozliczenia łącznie z ryczałtem za gotowość do objęcia opieką w izolatorium.

2.7) **Finansowanie świadczeń zabezpieczających leczenie pacjentów z COVID-19 w podmiocie nie posiadającym dotychczas umowy z NFZ**

Dbając o zabezpieczenie potrzeb populacji, w sytuacji kryzysowej NFZ dopuszcza finansowanie świadczeń zabezpieczających leczenie pacjentów z COVID-19 w podmiocie nie posiadającym dotychczas umowy z Płatnikiem poprzez produkt dedykowany szpitalom na II poziomie zabezpieczenia tj.: *Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w podmiocie leczniczym nieposiadającym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* – 500,00 zł za dobową dostępność 1 łóżka (Świadczenie możliwe do rozliczania wyłącznie przez podmiot nieposiadający umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanej w trybie hospitalizacji, obejmującej łóżka określone do przeciwdziałania COVID-19 w decyzji albo poleceniu Ministra Zdrowia. Przy powyższym świadczeniu zachodzi możliwość dodatkowego rozliczenia produktów dedykowanych do leczenia pacjenta COVID-19 na II poziomie zabezpieczenia COVID-19. Rozliczenie odbywa się na zasadach określonych w obowiązującej wersji algorytmu JGP. Konieczne jest wskazanie rozpoznania zasadniczego będącego powodem leczenia specjalistycznego u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Powyższy produkt stosuje się do rozliczenia świadczeń odpowiadających zakresom wymienionym w poleceniu MZ lub Wojewody. Dotyczy on świadczeń realizowanych wyłącznie w ramach hospitalizacji.

2.8) Dodatkowe zakresy / produkty rozliczeniowe związane z leczeniem COVID-19

2.8.1) Zabezpieczenie transportu realizowanego dla pacjentów z COVID-19

W poszczególnych województwach powstały Zespoły Transportu Sanitarnego, które zostały wpisane do wykazu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Zespoły te są przeznaczone do transportu osoby, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, która powinna być hospitalizowana w podmiocie leczniczym, na który został nałożony obowiązek realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, bądź też została skierowana do izolacji domowej lub izolatorium.

W celu zabezpieczenia konieczności transportu pacjenta zakażonego NFZ finansuje zarówno gotowość jak i sam transport poprzez poniższe produkty wycenione odpowiednio:

- 960,00 zł – opłata obejmuje koszt dobowej opłaty ryczałtowej za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez 1 osobę,
- 1 920,00 zł – opłata obejmuje koszt dobowej opłaty ryczałtowej za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez zespół co najmniej dwuosobowy,
- 120,00 zł – opłata za wyjazd w przypadku transportu sanitarnego realizowanego przez 1 osobę,
- 150,00 zł – opłata za wyjazd w przypadku transportu sanitarnego realizowanego przez zespół co najmniej 2 osobowy.
- 3 900,00 zł – opłata za wyjazd Mobilnego Zespołu ECMO (za gotowość Mobilnego Zespołu ECMO do wyjazdu – do rozliczenia wyłącznie w sytuacji wyjazdu). Do rozliczenia wyłącznie po zakwalifikowaniu pacjenta przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w Ośrodku ECMO do leczenia metodą VV-ECMO. Kwalifikacja odbywa się zgodnie z formularzem kwalifikacji, przy braku stwierdzonych przeciwwskazań, dotyczy pacjentów z ostrą niewydolnością oddechową w przebiegu choroby

COVID-19. Zawiera koszt podłączenia pacjenta do systemu W-ECMO. Nie wykazuje się do rozliczenia łącznie z produktem 99.04.0001 Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w OAiT) [6].

2.8.2) Zabezpieczenie świadczeń stomatologicznych dla pacjentów z COVID-19

W nagłych przypadkach, na przykład bólu zęba, pacjenci zakażeni lub podejrzewani o zakażenie koronawirusem mają zabezpieczoną niezbędną pomoc stomatologiczną. NFZ zabezpiecza i finansuje zarówno gotowość do udzielania doraźnych świadczeń stomatologicznych jak i same świadczenia. W obszarze stomatologii obowiązują poniższe wyceny świadczeń:

- 100,00 zł – opłata ryczałtowa za godzinę gotowości do udzielania doraźnych świadczeń stomatologicznych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą,
- doraźne świadczenia stomatologiczne finansowane za każde wykonane świadczenia określone w katalogu zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej podwyższone współczynnikiem korygującym o wartości 2,4.

Wykonane świadczenia stomatologiczne można zsumować z opłatą ryczałtową za gotowość.

2.8.3) Zabezpieczenie świadczeń dializoterapii dla pacjentów z COVID-19 zarówno w trybie ambulatoryjnym jak również dla pacjentów hospitalizowanych [6].

Płatnik finansuje każde świadczenie typu hemodializa lub hemodiafiltracja, udzielone wyłącznie u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 wraz z kosztem transportu zgodnie z poniższymi wycenami:

- 606,23 zł – za każde świadczenie dializoterapii – wykonane w trybie ambulatoryjnym,
- 650,50 zł – za każde świadczenie dializoterapii – wykonane w trybie ambulatoryjnym z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru,
- 359,64 zł – za świadczenie dializoterapii wykonane w trakcie hospitalizacji związanej z leczeniem COVID-19 (*obejmuje finansowanie świadczenia: hemodializa albo hemodiafiltracja. Możliwość wykazywania przy sprawozdawaniu produktu 99.03.0009 Hospitalizacja pacjenta związana*

z leczeniem COVID-19 – $SpO_2 < 95\%$ albo $SpO_2 \geq 95\%$. Świadczenie możliwe do rozliczenia wyłącznie w sytuacji, gdy koszty dializ nie zostały uwzględnione do wyliczenia wartości opłat ryczałtowych w poniższych produktach: 99.01.0002 Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń objętych dotychczas finansowaniem albo 99.01.0014 Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń dla szpitala IV poziomu zabezpieczenia COVID-19 w województwie. Świadczenie możliwe do rozliczenia alternatywnie do kosztów dializ rozliczonych w ramach produktu 99.04.0001 – czyli hospitalizacji związanej z leczeniem COVID-19 w OAiT) [6].

2.8.4) Wykonanie wstępnej kwalifikacji typu pretriage tzw. „przesiew pacjentów”

NFZ finansuje wstępną kwalifikację prowadzoną w wydzielonej strefie dla osób z podejrzeniem COVID-19 bez objawów oraz strefie dla osób z podejrzeniem COVID-19 prezentujących objawy infekcji, zorganizowaną zgodnie z algorytmem postępowania – triaż w szpitalach niezakaźnych, opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia i Konsultanta Krajowego (zawierającym wytyczne segregacji pacjentów z podejrzeniem COVID-19) w podmiocie leczniczym w szczególności zgodnie z poleceniem wydanym na podstawie art. 11 ust. 1 albo ust. 2 ustawy albo rekomendacją (zaleceniem) wojewody. Potwierdzeniem przeprowadzania wstępnej kwalifikacji jest wypełniona ankieta. Świadczenie to wycenione zostało na 21,00 zł za każdego pacjenta (rozliczane nie częściej, niż raz na dzień, niezależnie od liczby wykonanych świadczeń) [6].

2.8.5) Zabezpieczenie świadczeń ambulatoryjnych dla pacjentów z pozytywnym wynikiem testu na COVID-19 (porada / teleporada lekarska)

Lekarz POZ oraz lekarz poradni specjalistycznych ma zapewnione finansowanie świadczeń zdalnych jak i stacjonarnych, realizowanych na rzecz pacjentów pozytywnych. Ponadto Płatnik finansuje dodatkowo świadczenia realizowane przez pielęgniarki w celu zakwalifikowania pacjenta do leczenia domowego. Finansowanie odbywa się z zastosowaniem poniższych wycen:

- 40,00 zł – za teleporadę lekarską na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. Jest to:
 - porada na rzecz pacjenta zadeklarowanego do leczenia POZ w podmiocie;

- ▶ porada udzielana za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- ▶ może być zakończona decyzją o przedłużeniu izolacji;
- ▶ porada nie może być podstawą do wystawienia skierowania do szpitala;
- ▶ zawiera również kwalifikację i wprowadzenie danych do systemu programu Domowa Opieka Medyczna;
- 75,00 zł – za poradę lekarską na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. Jest to porada realizowana przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w podmiocie posiadającym umowę z Płatnikiem. Obejmuje podmiotowe i przedmiotowe badanie pacjenta;
- 17,00 zł – za teleporadę realizowaną przez pielęgniarkę, świadczenie będące podstawą do kwalifikacji pacjenta do programu Domowej Opieki Medycznej. Jest to:
 - ▶ porada realizowana przez pielęgniarkę, która wykonuje zawód u świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej;
 - ▶ porada udzielana za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
 - ▶ zawiera również kwalifikację i wprowadzenie danych do systemu programu Domowa Opieka Medyczna;
- 100,00 zł – lekarska wizyta domowa na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. Jest to porada realizowana w miejscu pobytu pacjenta przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w podmiocie, realizującym świadczenia na podstawie umów w ramach POZ i AOS. Obejmuje podmiotowe i przedmiotowe badanie pacjenta ze stwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 [6].

2.8.6) Finansowanie szczepień przeciwko SARS-CoV-2

W związku z procesem szczepień Płatnik wskazał podmioty realizujące w tym populacyjne punkty szczepień i tzw. Szpitale Węzłowe. Wycena świadczeń w tym zakresie przedstawia się następująco:

- 61,24 zł – Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 w punkcie szczepień bez transportu pacjenta. Obejmuje koszty (osobowe i materiałowe) wykonania szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 w miejscu udzielania świadczenia. Do rozliczenia wyłącznie w przypadku wykonania (podania) szczepienia przeciwko SARS-CoV-2;

- 141,00 zł – Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 przeprowadzone w miejscu zamieszkania pacjenta. Obejmuje koszty (osobowe i materiałowe) wykonania szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 w miejscu zamieszkania (pobytu) pacjenta. Obejmuje koszty wyjazdów niezakończonych szczepieniem pacjenta z powodu dyskwalifikacji lub wycofania zgody na szczepienie;
- 73,19 zł – Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 przeprowadzone w miejscu zamieszkania pacjenta w przypadku więcej niż 5 pacjentów przebywających pod jednym adresem. Obejmuje koszty (osobowe i materiałowe) wykonania szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 w miejscu zamieszkania (pobytu) pacjenta. Do rozliczenia wyłącznie w przypadku wykonania (podania) szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 [6].

Rozliczeniu podlegają wyłącznie szczepienia prawidłowo zarejestrowane w aplikacji centralnej, dostarczonej przez Centrum e-Zdrowia (www.gabinet.gov.pl).

Wykaz osób uprawnionych do wykonania szczepienia wskazują aktualne zapisy Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, systematycznie aktualizowane [16].

Na podstawie w/w przepisów skierowania na szczepienie może zostać wydane centralnie (przez CeZ) lub też przez dowolnego lekarza, który wydając skierowanie potwierdza, że pacjenta należy do którejkolwiek z grup uprawnionych do zaszczepienia na dzień wydania zlecenia.

3) Sprawozdawczość i rozliczanie świadczeń w ramach umów na finansowanie COVID-19, zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 37/2021/DSOZ z dnia 26.02.2021r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 [17], wprowadzono częściową sprawozdawczość świadczeń opieki zdrowotnej związanych z COVID-19 szczegółowym komunikatem sprawozdawczym SWIAD. Sprawozdawczością systemową objęte zostały następujące świadczenia:

- 1) świadczenia o charakterze ambulatoryjnym udzielone od 1 marca 2021 r.;
- 2) hospitalizacje lub pobyty zakończone po 28 lutym 2021 r.

W załączniku nr 1 do w/w zarządzenia wskazano sposób sprawozdania poszczególnych produktów rozliczeniowych (tabela poniżej). Dla ułatwienia sprawozdawczości świadczeń w wybranych zakresach, raporty przekazywane są również komunikatem sprawozdawczym SWIAD – obszar WYKBAD. Dla celów systemowej obsługi świadczeń sprawozdawanych i rozliczanych komunikatem SWIAD, wprowadzono również nowy typ umowy o charakterze technicznym (z rodzaju świadczeń 19) – 19/4 Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19 (SWIAD), który obowiązuje od dnia 1 marca 2021 r. Informację o sposobie sprawozdawania poszczególnych produktów rozliczeniowych przedstawiono w poniższej tabeli:

Sposób sprawozdawania produktu rozliczeniowego	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego COVID
za pomocą systemów HIS – komunikat sprawozdawczy SWIAD (obszar WYKBAD) ¹	99.06.0005	Wstępna kwalifikacja typu pretriage
	99.06.0011	Pobranie materiału biologicznego
	99.07.0003	Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w izolatorium typ I
	99.07.0004	Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w izolatorium typ II
	99.07.0006	Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, skala Barthel >40<80 – izolatorium typ I
	99.07.0005	Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, skala Barthel ≤40 – izolatorium typ I
za pomocą systemów HIS – komunikat sprawozdawczy SWIAD ¹	99.02.0001	Opłata za transport sanitarny realizowany przez 1 osobę
	99.02.0002	Opłata za transport sanitarny realizowany przez zespół co najmniej dwuosobowy
	99.03.0006	Pobyt związany z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
	99.03.0008	Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej poza OAiT
	99.03.0005	Hospitalizacja związana z leczeniem specjalistycznym pacjenta z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
	19.04.0001	Hospitalizacja związana z leczeniem specjalistycznym psychiatrycznym pacjenta z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
	19.04.0002	Hospitalizacja związana z leczeniem specjalistycznym psychiatrycznym dzieci i młodzieży z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
	99.04.0001	Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w OAiT
	99.08.0003	Doraźne świadczenia stomatologiczne

Sposób sprawozdawania produktu rozliczeniowego	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego COVID
za pomocą systemów HIS – komunikat sprawozdawczy SWIAD ¹	99.02.0101	Świadczenia dializoterapii – wykonywane w trybie ambulatoryjnym
	99.02.0102	Świadczenia dializoterapii – wykonywane w trybie ambulatoryjnym z zapewnieniem 24-godzinnej dyżuru
	99.03.0014	Świadczenia dializoterapii w trakcie hospitalizacji związanej z leczeniem COVID-19
	99.01.0101	Teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2
	99.01.0102	Porada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2
	99.01.0103	Lekarska wizyta domowa na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2
	99.03.0009	Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 – SpO ₂ <95%
	99.03.0010	Hospitalizacja pacjenta związana z leczeniem COVID-19 – SpO ₂ ≥95%
	99.03.0011	Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta w szpitalu tymczasowym
	99.03.0012	Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym
	99.01.0104	Kwalifikacyjna teleporada pielęgniarska do programu Domowa Opieka Medyczna
	99.03.0015	Dodatkowy koszt pobytu pacjenta COVID-19 niezawarty w kosztach JGP
	99.05.0501	Rehabilitacja stacjonarna świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19 w podmiocie leczniczym będącym zakładem lecznictwa uzdrowiskowego
	99.05.0502	Rehabilitacja stacjonarna świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19 w podmiocie realizującym rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym
	99.05.0503	Wizyta fizjoterapeutyczna, ambulatoryjna – wstępna
	99.05.0504	Wizyta fizjoterapeutyczna, domowa – wstępna
	99.05.0505	Wizyta fizjoterapeutyczna, ambulatoryjna – końcowa
	99.05.0506	Wizyta fizjoterapeutyczna, domowa – końcowa
	99.05.0507	Wizyta terapeutyczna, ambulatoryjna
	99.05.0508	Wizyta terapeutyczna, domowa
za pośrednictwem systemu informatycznego Centrum e-Zdrowie	99.05.0001	Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2
	99.05.0002	Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu odczynników)
	99.05.0003	Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2
	99.05.0004	Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu odczynników)
zgodnie ze wzorem stanowiącym zał. nr 4 do zarządzenia	99.01.0001	Opłata ryczałtowa za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez 1 osobę
	99.01.0003	Opłata ryczałtowa za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez zespół co najmniej dwuosobowy

Sposób sprawozdawania produktu rozliczeniowego	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego COVID
zgodnie ze wzorem stanowiącym zał. nr 4 do zarządzenia	99.01.0002	Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń objętych dotychczas finansowaniem
	99.01.0012	Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń
	99.01.0010	Dodatkowa opłata ryczałtowa za dostępność respiratora do udzielania świadczeń
	99.01.0011	Dodatkowa opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń na III poziomie zabezpieczenia COVID-19
	99.07.0002	Opłata ryczałtowa za gotowość do objęcia opieką w izolatorium
	99.08.0002	Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania doraźnych świadczeń stomatologicznych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
	99.01.0014	Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń dla szpitala IV poziomu zabezpieczenia COVID-19 w województwie
	99.06.0010	Opłata ryczałtowa za gotowość mobilnego zespołu wymazowego
	99.01.0015	Opłata ryczałtowa za gotowość punktu pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (za każdą pełną godzinę powyżej 2 godzin)
	99.01.0008	Opłata ryczałtowa za gotowość punktu pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2
	99.01.0016	Opłata ryczałtowa za gotowość mobilnego zespołu wymazowego (za każdą pełną godzinę powyżej 8 godzin)
	99.05.0005	Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2
	99.05.0006	Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu testu)
	99.01.0017	Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym
	99.01.0018	Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym
	99.01.0019	Opłata ryczałtowa za gotowość punktu przyjęć w szpitalu tymczasowym
	99.01.0020	Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w podmiocie leczniczym nieposiadającym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
	99.03.0013	Opłata za wyjazd Mobilnego Zespołu ECMO
	99.03.0801	Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 w punkcie szczepień bez transportu pacjenta
	99.03.0803	Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 przeprowadzone w miejscu zamieszkania pacjenta
	99.03.0804	Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 przeprowadzone w miejscu zamieszkania pacjenta w przypadku więcej niż 5 pacjentów przebywających pod jednym adresem

W celu rozliczenia w/w świadczeń podmiot uprawniony przekazuje do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, do 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu ich udzielenia rachunek z tytułu udzielenia tych świadczeń oraz:

- 1) jednolity plik sprawozdawczy stosowany do wymiany informacji między świadczeniodawcami a Funduszem, zgodnie ze wzorem i w formacie określonym przez Prezesa Funduszu (standardowy sposób sprawozdawania zrealizowanych świadczeń do NFZ z wykorzystaniem systemów informatycznych posiadanych przez podmioty – komunikat SWIAD), albo
- 2) sprawozdanie dotyczące świadczeń objętych rachunkiem, zgodnie z wytycznymi stanowiącymi załącznik nr 4 do zarządzenia Prezesa 42/2021/DSOZ [6].

W przypadku wszystkich świadczeń: *„Dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii...”* wykazanych w załączniku 3 i 3a do zarządzenia Prezesa 42/2021/DSOZ [6], sprawozdanie to stanowi przekazany przez świadczeniodawcę raport statystyczny do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Sprawozdanie, o którym mowa powyżej, przekazuje się w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, za pośrednictwem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności tych dokumentów.

Oznacza to tyle, że część świadczeń /produktów dotychczas sprawozdawanych na papierze tj. ręcznie tworzone raporty w tabelach arkusza kalkulacyjnego, od 1 marca b.r. wykazujemy za pomocą posiadanych w naszych podmiotach systemach informatycznych, w których to ewidencjonujemy wszystkie inne usługi medyczne realizowane w ramach umów z NFZ. Taka sprawozdawczość podlega zatem warunkom walidacji i weryfikacji, zgodnie z wytycznymi płatnika, a jej rozliczenie nastąpi dopiero po poprawieniu wszystkich ewentualnych błędów wskazanych przez systemy zarówno świadczeniodawcy, jak i Funduszu.

4) Dodatkowe środki dla placówek medycznych, włączonych w walkę z epidemią COVID-19 w Polsce

W związku z mniejszą liczbą udzielanych świadczeń przez placówki medyczne we wszystkich rodzajach świadczeń, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia przekazuje za pośrednictwem NFZ wszystkim świadczeniodawcą ryczałtowaną kwotę na utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym w stanie epidemii. Środki te pochodzą z dotacji z budżetu Państwa.

Kwota ryczałtu jest wypłacana co miesiąc w wysokości 3% wartości świadczeń udzielonych w danym okresie sprawozdawczym, z wyłączeniem dodatkowych środków finansowych przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego, a w przypadku szpitala dodatkowo: leków oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi oraz chemioterapią czy leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych [6].

Zwiększone środki MZ przeznacza dla placówek onkologicznych, które w przypadku świadczeń, udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego otrzymują ryczałt na utrzymanie stanu gotowości do udzielania tych świadczeń w reżimie sanitarnym w wysokości dodatkowych 3% (wartość świadczeń udzielonych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (karty DiLO), wynikającej z rachunku za dany okres sprawozdawczy) lub 6% (wartość świadczeń udzielonych na podstawie karty DiLO, wynikającej z rachunku za dany okres sprawozdawczy, wystawionego przez podmiot, który spełnia kryteria określone w załączniku 3c do zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. ws. leczenia szpitalnego dla co najmniej trzech nowotworów [doświadczenie oddziału w postaci wykonania w danym roku minimalnej, określonej przez NFZ, liczby zabiegów onkologicznych]) [6].

5) **Dodatkowe środki na wynagrodzenie personelu zaangażowanego w walkę z epidemią czyli tzw. dodatek covidowy**

Wraz z drugą falą epidemii jesienią 2020 r. uznano za zasadne zwiększenie poziomu wynagrodzeń personelu medycznego zaangażowanego w walkę z koronawirusem. Z uwagi na przedłużający się proces legislacyjny i rozbieżności, co do ostatecznego kształtu rozwiązań ustawowych, ostatecznie w dniu 1 listopada 2020 roku Minister Zdrowia w formie polecenia zmieniającego wcześniej wydane polecenie z dnia 4 września 2020 r., na podstawie art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493), zobowiązał Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (pismo znak: DSZ. 2245954) do przekazania środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny dodatkowego świadczenia pieniężnego, wypłacanego miesięcznie, zwanego dalej „dodatkowym świadczeniem” [18].

Należy zauważyć, że na dzień wydania polecenia, pierwotne przepisy stanowiące podstawę wydania polecenia z dnia 4 września 2020 r. utraciły moc. Także na chwilę obecną od dnia 9 marca 2021 r. utraciły moc art. 7 i 9 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Art. 7 w/w ustawy, który jest przywołany w poleceniu, regulował kwestię kwalifikacji podmiotów leczniczych do uzyskania dodatkowych środków, w oparciu o umieszczenie ich w wykazie publikowanym na stronie NFZ, które na podstawie polecenia lub decyzji wojewody albo Ministra Zdrowia realizowały świadczenia pacjentom podejrzanym o zakażenia SERS-COV -2 lub zakażonym tym wirusem. Obecnie kwestia ta regulowana jest wyłącznie Zarządzeniem Prezesa NFZ 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 z późn.zm. [6] Treść polecenia nie została do chwili obecnej znowelizowana w tym zakresie.

5.1) Krąg podmiotów objętych możliwością uzyskania „dodatku covidowego”

Zgodnie z treścią polecenia Ministra Zdrowia dla Prezesa NFZ (wg stanu z dnia 1 listopada 2020r.) [18] dodatkowe świadczenie wypłacane ma być na rzecz podmiotów leczniczych umieszczone w wykazie opracowywanym obecnie przez Dyrektora właściwego ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego oddziału NFZ, publikowanego w Biuletynie Informacji Publicznej Oddziału NFZ, które:

- 1) wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w stosunku do których minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda wydał polecenie albo decyzję na podstawie odpowiednio – art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b albo art. 11 ust. 1 i ust. 4 albo art. 11 h ust. 1 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.), polecające:
 - a) realizację świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital III poziomu),
 - b) realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital II poziomu)
- są to zatem w przeważającej mierze szpitale, posiadające łóżka na II i III poziomie zabezpieczenia COVID -19, czyli szpitale leczące pacjentów z potwierdzonym zakażeniem COVID-19 dla których COVID -19 jest główną przyczyną hospitalizacji oraz szpitale specjalistyczne udzielające świadczeń wysokospecjalistycznych pacjentom z potwierdzonym zakażeniem COVID-19, czyli udzielające świadczeń w zakresie np. ginekologii, neurologii, udarów, kardiologii pacjentom z potwierdzonym zakażeniem COVID-19. Głównym kryterium uzyskania dodatku jest w tym przypadku faktyczny kontakt z pacjentem podejrzanym i zakażonym wirusem SARS-CoV-2.
- 2) w których skład wchodzi jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) lub izby przyjęć;

– są to zatem wszystkie izby przyjęć w szpitalach, niezależnie od tego czy posiadają one odrębny kontrakt w zakresie izby przyjęć oraz SOR-y i pozostałe jednostki ratownictwa medycznego. Elementem niezbędnym do uzyskania dodatku nie jest w przypadku tych jednostek faktyczny kontakt z pacjentem podejrzanym i/lub zakażonym, decydujący jest charakter komórki organizacyjnej w której udzielane jest świadczenie.

3) o których mowa w ppkt 1 oraz umieszczonym w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w stosunku do których minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda wydał polecenie albo decyzję na podstawie odpowiednio – art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b, art. 11 ust. 1 i ust. 4 albo art. 11 h ust. 1 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, polecające zapewnienie łóżek dla pacjentów podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (szpital I poziomu), i które umieszczone są na liście zamieszczonej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o wykonywanie testów diagnostycznych RTPCR w kierunku SARS-CoV-2 (laboratoria).

Są to zatem laboratoria szpitali z I poziomu zabezpieczenia, gdzie znajdują się łóżka izolacyjne dla pacjentów podejrzanych o zakażenie, wykonujące testy diagnostyczne PCR w kierunku SARS-CoV-2. Warunkiem uzyskania dodatku jest wykonywanie czynności diagnostycznych w tych laboratoriach.

5.2) Krąg osób uprawnionych do wypłaty „dodatku covidowego”

W treści polecenia określono, że osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia dodatkowego są w przypadku podmiotów wymienionych w pkt. 1) i 2) powyżej osoby wykonujące zawód medyczny, które:

1) w przypadku osób udzielających świadczeń w podmiotach leczniczych wskazanych w pkt 1) powyżej uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2;

- 2) w przypadku osób udzielających świadczeń w podmiotach leczniczych wskazanych w pkt 2) powyżej udzielają świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym lub w izbach przyjęć [19].

Osobą wykonującą zawód medyczny zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 2) ustawy o działalności leczniczej jest osoba uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Oznacza to istotne zawężenie kręgu osób uprawnionych do „dodatku covidowego” stricte do osób posiadających określone fachowe kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych. **Świadczeniem zdrowotnym** z kolei są zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 10) w/w ustawy działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Z kolei w przypadku podmiotów wskazanych w pkt 3) powyżej (laboratoriów „covidowych”) – osobami uprawnionymi są osoby zatrudnione w tych podmiotach i wykonujące czynności diagnostyki laboratoryjnej w tych podmiotach. [21,22]

Uwaga: Z otrzymania dodatku wyłączone są osoby skierowane do pracy w podmiotach na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [20]. Osoby te otrzymują wynagrodzenie w wysokości 200% średniego wynagrodzenia na stanowisku w zakładzie, w którym udzielają świadczeń, zatem w ich przypadku „dodatek covidowy” nie przysługuje.

Forma zatrudnienia: z punktu widzenia uprawnienia do „dodatku covidowego” nie ma znaczenia forma zatrudnienia, może to być zarówno umowa o pracę, umowę cywilnoprawną, jak i działalność gospodarczą. Należy jedynie pamiętać, że jeżeli dana osoba posiada kilka umów, a tylko w ramach jednej udziela świadczeń uprawniających do „dodatku covidowego” jako podstawę jego wyliczenia winna być przyjęta tylko ta umowa i wynikające z niej wynagrodzenie miesięczne.

Podwykonawcy: dopuszczalne jest także wypłacenie dodatkowego świadczenia osobom udzielającym świadczeń w danym podmiocie za

pośrednictwem podmiotu trzeciego na podstawie umowy łączącej ten podmiot z podmiotem leczniczym wymienionym w pkt. 6.1. W takim przypadku jednak podmiot uprawniony musi otrzymać dane dotyczące wysokości wynagrodzenia miesięcznego danej osoby udzielającej świadczeń, uprawnionej do dodatku od swojego kontrahenta, a otrzymane środki musi przekazać za jego pośrednictwem osobie udzielającej świadczeń w wysokości, która zostanie przez tego kontrahenta faktycznie wypłacona tej osobie, tj. bez żadnych marż, opłat dodatkowych czy potrąceń. Wszystkie wypłaty muszą zostać następnie udokumentowane, tak aby możliwe było ich rozliczenie w przypadku ewentualnej kontroli [22,23].

Ustalenie kręgu osób uprawnionych do dodatku nie jest jednak w praktyce proste i budzi sporo kontrowersji. Pomoce są obszerne wyjaśnienia Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ, które rozwiewają wiele wątpliwości w powyższym zakresie. Przykładowo można wskazać, na następujące zasady:

- NFZ nie wymaga ewidencjonowania czasu pracy konkretnego pracownika przy pacjentach z COVID-19. Taki obowiązek nie wynika z polecenia Ministra Zdrowia. Natomiast udzielanie świadczeń medycznych pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 nie może być incydentalne.
- W przypadku osób wykonujących zawód medyczny udzielających świadczeń zdrowotnych w szpitalach II lub III poziomu zabezpieczenia podstawowe znaczenie dla kwalifikacji do uprawnienia do otrzymania świadczenia dodatkowego ma spełnienie warunku uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, powinien być faktyczny (nie tylko potencjalny) i nie powinien mieć charakteru incydentalnego, oraz powinien wynikać z faktycznie wykonywanych zadań / udzielanych świadczeń zdrowotnych na rzecz ww. pacjentów.
- Polecenie nie wprowadza ograniczenia kręgu osób uprawnionych do świadczenia dodatkowego tylko do personelu zatrudnionego na oddziale / oddziałach objętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II lub III poziomu. Każdorazowo jednak osoba zgłaszana jako uprawniona spełniać musi warunki wskazane powyżej.
- Bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, powinien być faktyczny (nie tylko potencjalny) i nie powinien mieć charakteru incydentalnego, oraz powinien wynikać z faktycznie wykonywanych zadań/udzielanych świadczeń zdrowotnych

na rzecz ww. pacjentów. Oznacza to na przykład, że sporadyczne wejście do tzw. strefy brudnej, nie jest podstawą do otrzymania dodatkowego wynagrodzenia.

- Użyte w poleceniu wyrażenie w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oznacza, że faktycznie zachodzić muszą łącznie obie przesłanki tj. bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem zakażenia oraz z pacjentem ze zdiagnozowanym zakażeniem wirusem. Elementem wyróżniającym szpitale II i III poziomu zabezpieczenia spośród innych (nieobjętych poleceniem) placówek przeznaczonych do walki z wirusem jest bowiem wyznaczenie ich do leczenia pacjentów zakażonych SARS-CoV-2.
- Zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia wszystkie jednostki Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy o PRM (tj. SOR-y, ZRM-y, zespoły LPR) oraz izby przyjęć objęte są zakresem polecenia (nie muszą być jednostkami organizacyjnymi szpitali III, II ani I poziomu).
- Ginekologiczna izba przyjęć, stanowiąca komórkę organizacyjną oddziału ginekologii i położnictwa, nie mająca odrębnego kontraktu z NFZ jest traktowana jak izba przyjęć w rozumieniu polecenia.
- Z uwagi na fakt, że w przypadku ww. osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego lub w izbach przyjęć warunkiem przyznania świadczenia dodatkowego jest udzielanie w nich świadczeń zdrowotnych. W tym przypadku należy zatem brać pod uwagę faktyczne udzielanie świadczeń zdrowotnych w jednostce PRM lub izbie przyjęć bez względu na formalne przypisanie danej osoby do takiej czy innej komórki organizacyjnej podmiotu. Zatem osoba wykonująca zawód medyczny i udzielająca świadczeń zdrowotnych, w tym również w ramach konsultacji, w SOR w sposób nieincydentalny, a która nie jest skierowana do pracy decyzją wojewody w trybie art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, powinna zostać objęta dodatkowym świadczeniem pieniężnym wynikającym z przedmiotowego polecenia.
- Osobom wykonujących zawód medyczny, zatrudnionym wyłącznie w poradni szpitalnej nie przysługuje dodatkowe świadczenie pieniężne.
- W przypadku osób wykonujących zawód medyczny w podmiotach leczniczych, o których mowa w pkt 1 ppkt 2 polecenia – osoby te muszą faktycznie udzielać świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

(tj. SOR-y, ZRM-y, zespoły LPR) lub izbach przyjęć. Jeżeli więc lekarz tylko potencjalnie, w ramach wykonywania obowiązków wynikających z samego zatrudnienia (np. w czasie dyżuru), może zostać wezwany na Izbę Przyjęć, a faktycznie takie wezwanie nie zachodzi, wówczas nie jest on uprawniony do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego;

- bez znaczenia dla ustalenia wysokości dodatku jest fakt, czy dana osoba wykonująca zawód medyczny w danym okresie rozliczeniowym udziela cały czas (w sposób ciągły) świadczeń na rzecz pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem. Jediną przesłanką proporcjonalnego obniżenia dodatku jest zgodnie z poleceniem sytuacja, gdy osoba uprawniona do dodatku świadczy pracę przez niepełny miesiąc;
- warunkiem uzyskania świadczenia jest uczestnictwo w udzielaniu świadczeń w podmiocie leczniczym oraz wykonywanie czynności wskazanych w poleceniu. Polecenie nie wskazuje jaka liczba zadań mieszczących się w zakresie czynności określonych w poleceniu ma być wykonana w danej jednostce czasowej. Osoba wykazana musi faktycznie, a nie jedynie dla pozorów uczestniczyć w wykonywaniu czynności wskazanych w poleceniu. Osobą odpowiedzialną za weryfikację stanu faktycznego jest kierownik podmiotu leczniczego;

Wprowadzone w powyższych wyjaśnieniach [23] określenia „kontakt incydentalny” albo „sporadyczny” nie zostały nigdzie zdefiniowane pomimo skierowania w tym zakresie wyraźnego zapytania do Ministerstwa Zdrowia. Udzielone odpowiedzi wskazują, że to Kierownik podmiotu leczniczego odpowiada finalnie za sporządzenie wykazu uprawnionych pracowników i tu on właśnie musi określić, co rozumie pod pojęciem incydentalności lub sporadyczności. Nie da się ukryć, że każdy przypadek jest inny i często nie można jednoznacznie określić, czy osoba, która brała udział w jednej 10 godzinnej operacji miała kontakt incydentalny, skoro np. umieszczamy na wykazie osobę, która udzieliła 5 konsultacji w izbie przyjęć, które zajęły jej np. łącznie 3 godziny. Oparcie się na definicjach słownika języka polskiego, zgodnie z którym:

- incydentalny – to mający małe znaczenie lub zdarzający się bardzo rzadko
- sporadyczny – to zjawiający się, występujący rzadko, od czasu do czasu, nieregularnie, jest tylko częściowo pomocne w mnogości istniejących przypadków. Obok zatem interpretacji językowej, trzeba odwołać się do interpretacji celowościowej, czyli celu dla którego dodatek ten został przyznany. Zawsze jednak wprowadzone kryterium odcięcia będzie dla kogoś niesprawiedliwe i krzywdzące. Szkoda, że w powyższym zakresie

brakło jasnych wytycznych ze strony Ministerstwa Zdrowia czy Oddziału NFZ, jako podmiotów które w przyszłości będą kontrolować prawidłowość rozliczenia środków.

5.3) Wysokość „dodatku covidowego”

Zgodnie z treścią polecenia dodatkowe wynagrodzenie, czyli tzw. „dodatek covidowy” winien wynosić 100% wynagrodzenia miesięcznego danej osoby, nie więcej niż 15 000 zł.

W swoich wyjaśnieniach Ministerstwo Zdrowia wskazało wyraźnie, iż kwota podlegająca wykazaniu jest to kwota brutto, uwzględniająca wszystkie składniki wynagrodzenia, łącznie z dyżurami, nadgodzinami i innymi dodatkami, w tym wynikającymi z przepisów wewnątrzzakładowych. Jednoznacznie też wskazano, iż kwota 15 000 zł to maksymalna wysokość świadczenia w danym podmiocie leczniczym, dla jednej osoby niezależnie od ilości zawartych umów czy form zatrudnienia. Odmienne podejście stawiałoby bowiem podmioty lecznicze w bardzo trudnej sytuacji wymuszając niemożliwą w zasadzie weryfikację wszystkich miejsc zatrudnienia pracowników uprawnionych i wysokości osiągniętych przychodów.

Polecenie wskazuje, iż w przypadku świadczenia pracy przez te osoby przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu. Jest to zgodnie z interpretacjami Ministerstwa Zdrowia jedyna podstawa do pomniejszenia wysokości dodatkowego wynagrodzenia. Nie przeliczamy zatem wysokości dodatku świadczenia do ilości godzin udzielania świadczeń w kontakcie z pacjentem covidowym, czy w komórce organizacyjnej jaką jest np. izba przyjęć, ale obliczamy go według miesięcznego wynagrodzenia danej osoby.

Warto zwrócić także uwagę, że istotne znaczenie dla pomniejszenia wysokości „dodatku covidowego” mają daty wydania decyzji przez wojewodę lub polecenia Ministra Zdrowia, co do udzielania świadczeń na II lub III poziomie. Zgodnie z interpretacją NFZ oraz Ministerstwa, jeżeli dany podmiot leczniczy udzielał świadczeń w zakresie II lub III poziomu zabezpieczenia od np. dnia 13 listopada albo do dnia 10 lutego, to za miesiąc rozpoczęcia lub zakończenia udzielania tych świadczeń zgodnie z decyzją lub poleceniem, wysokość dodatkowego wynagrodzenia jest proporcjonalnie przeliczana od dnia lub do dnia wynikającego z decyzji wojewody lub polecenia

Ministra Zdrowia. Daty polecenia czy decyzji nie mają natomiast znaczenia dla podmiotów wskazanych w pkt. 2) pkt. 5.2. czyli jednostek systemu ratownictwa i izb przyjęć. Co najwyżej dla tych podmiotów znaczenie może mieć data umieszczenia ich w wykazie Dyrektora Oddziału NFZ jako uprawnionych do udzielania świadczeń dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2.

5.4) Procedury i forma przekazania środków przez NFZ

Środki na dodatkowe wynagrodzenie tzw. „dodatek covidowy” pochodzą z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za przekazanie środków na sfinansowanie dodatkowego wynagrodzenia do podmiotów leczniczych. Przekazanie środków odbywa się według następującego schematu:



Kierownik podmiotu leczniczego zobowiązany jest przekazać do Oddziału NFZ do 10-tego każdego miesiąca w formie elektronicznej z zapewnieniem ochrony danych osobowych dane o:

- osobach, które w okresie od 1 listopada 2020 r. uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
- osobach, które w okresie od 1 listopada 2020 r. udzielają świadczeń zdrowotnych lub wykonują czynności diagnostyki laboratoryjnej w podmiotach wymienionych w punkcie 1 ppkt 2 i 3 polecenia.

Informacja obejmuje:

- imię i nazwisko każdej osoby uprawnionej do świadczenia dodatkowego,
- numer PESEL
- numer prawa wykonywania zawodu (jeżeli posiada)
- wysokości wynagrodzenia miesięcznego tych osób.

Dodatkowo Kierownik podmiotu musi posiadać zgodę na udostępnienie przez Podmiot właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia i przetwarzanie przez ten oddział oraz ministra właściwego do spraw zdrowia informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia

tej osoby w Podmiocie na dzień udostępniania tej informacji. W przypadku osoby zatrudnionej na innej podstawie niż stosunek pracy: informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia w Podmiocie na dzień udostępniania informacji (w obu przypadkach wysokość wynagrodzenia nie uwzględnia wysokości „dodatku covidowego”).

Za kwalifikację osób do wykazu dla Oddziału NFZ odpowiada w całości Kierownik podmiotu leczniczego.

Fakt udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby ujęte w wykazie winien być udokumentowany i możliwy do weryfikacji nie tylko poprzez oświadczenia tych osób, ale także poprzez zapisy dokumentacji medycznej lub dane systemów komputerowych w których dokumentowane są świadczenia udzielane przez te osoby.

W przypadku grupy wskazanej w pkt. 5.2.1) dodatkowo do zweryfikowania musi być okoliczność, czy świadczenia dotyczyły pacjentów podejrzanych i zakażonych. Samo podejrzenie zakażenia, jeżeli pacjent finalnie nie okazał się zakażonym, nie stanowi podstawy do ujęcia danej osoby udzielającej mu świadczeń w wykazie.

W przypadkach wątpliwych należy rozważyć dołączenie do wykazu przekazywanego do Oddziału NFZ pisma przewodniego opisującego szczegółowo przyjęte kryteria kwalifikacji danych pracowników od dodatku. Nie znosi to oczywiście odpowiedzialności Kierownika podmiotu za proces kwalifikacji, ale poprawia znacząco pozycję w przypadku ewentualnego sporu z NFZ w terminie późniejszym. Skoro bowiem Oddział NFZ był uprawniony do weryfikacji wykazów i otrzymał informację o przyjętych kryteriach kwalifikacji, to brak jego reakcji na moment weryfikacji i wypłata środków we wnioskowanej wysokości wskazuje na pośrednie akceptacje przyjętego przez Kierownika kryterium.

**Oddział NFZ
weryfikacja wykazów**

Zgodnie z poleceniem, NFZ jako płatnik zobowiązany jest przekazać podmiotom leczniczym należne środki na wypłatę dodatkowego świadczenia w terminie 3 dni od przekazania informacji i wykazu uprawnionych osób,

pod warunkiem, że przesłane przez placówki dokumenty zostały prawidłowo sporządzone i nie będą wymagały korekty lub uzupełnienia.

Zakres weryfikacji składanych dokumentów przez NFZ nie został nigdzie jasno określony, praktyka przyjęta przez Oddziały jest bardzo różna, zasadniczo kontrolowane jest czy osoby umieszczone w wykazie znajdują się w portalu potencjału danego świadczeniodawcy lub są powiązane z komórką w której udzielanie świadczeń uprawnia je do dodatku. Albo czy są w grupach zawodowych do tego dodatku uprawnionych.

W przypadku wątpliwości podmioty lecznicze proszone są o wyjaśnienia lub korekty.

Czas potrzebny na wypłatę dodatkowego wynagrodzenia zależy w największym stopniu od jakości i kompletności danych otrzymanych przez Oddział NFZ z podmiotów leczniczych. W praktyce zarówno przekazanie wykazu, jego ewentualne korekty, jak i czas weryfikacji dokumentów wydłuża się zarówno po stronie NFZ (z uwagi na ilość dokumentów) jak i Świadczeniodawców (z uwagi na proces weryfikacji uprawnień). Roszenia o wypłatę dodatkowego wynagrodzenia zgłaszają coraz to nowe grupy pracowników mające kontakt z udzielaniem świadczeń w izbach przyjęć lub SOR-ach (osoby konsultujące, osoby udzielające świadczeń okazjonalnie, itp.) albo z pacjentami dodatnimi (bloki operacyjne, pion anestezjologii, oddziały, na których występowały ogniska). Wszystkie te przypadki wymagają udokumentowania i wyjaśnienia, tak aby ostateczna decyzja o uwzględnieniu danej osoby w wykazie podjęta przez kierownika jednostki była każdorazowo możliwa do weryfikacji i rzetelnie udokumentowana.



Po zakończonej pozytywnie weryfikacji następuje wypłata środków przez Oddział NFZ na rzecz podmiotu leczniczego.

Z organizacyjnego punktu widzenia, pożądane wydaje się wprowadzenie przez podmioty lecznicze zarządzeń wewnętrznych określających osoby odpowiedzialne za sporządzanie wykazów częściowych i weryfikację uprawnień do umieszczenia pracowników na wykazie przekazywanym

następnie do Oddziału NFZ, które określą kryteria i wzory dokumentów, których wypełnienie warunkuje umieszczenie danej osoby w wykazie. Jest to szczególnie istotne w przypadku ewentualnej kontroli prawidłowości wykorzystania środków przez NFZ.

Na koniec warto mieć świadomość, że wypłacone pracownikom lub kontrahentom kwoty dodatkowego wynagrodzenia są praktycznie nie do odzyskania w przypadku, jeżeli NFZ podważy kryteria kwalifikacji tych osób do umieszczenia w wykazie i po przeprowadzonej kontroli zażąda zwrotu wypłaconych środków. Skoro bowiem osobą odpowiedzialną za określenie kryteriów i sporządzenie wykazu jest Kierownik podmiotu będący pracodawcą lub zleceniodawcą, to jego błędów w żaden sposób nie da przerzucić się na beneficjentów dodatku. Wypłacone świadczenia nigdy nie staną się świadczeniami nienależnymi w takich okolicznościach, nie będzie też podstaw do dochodzenia ich w ramach bezpodstawnego wzbogacenia. Pracownik bowiem otrzymujący świadczenie nie musiał liczyć się z obowiązkiem jego zwrotu. Dotychczasowe orzecznictwo sądowe w podobnych przypadkach jest nader niekorzystne dla pracodawcy. W przypadku zaś kiedy dana osoba została ujęta w wykazie w oparciu o złożone przez siebie oświadczenie o udzielaniu świadczeń, które okazało się nieprawdziwe, sytuacja wyglądałaby zupełnie inaczej i tu już ewentualne roszczenia podmiotu leczniczego mogą mieć miejsce.

6. Zakresy i/lub produkty rozliczeniowe związane z rehabilitacją po COVID-19

W celu wypracowania standardów rehabilitacji pacjentów po COVID-19, na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 [24], resort podjął decyzję o wprowadzeniu w życie pilotażu takiej opieki.

Program pilotażowy jest realizowany przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Głucholazach im. Św. Jana Pawła II. Usprawnienie prowadzone jest w formie pobytów stacjonarnych o długości 21 dni, a wycena wynosi 200,00 zł za osobodzień pobytu pacjenta. Więcej informacji na <https://szpitalmsw-glucholazy.pl/>

zapraszamy-osoby-po-przebytej-chorobie-COVID-19-na-rehabilitacje-lecznicza/.

W związku z coraz częściej pojawiającymi się przypadkami pacjentów wymagających rehabilitacji po zakażeniu Ministerstwo Zdrowia zdecydowało o wprowadzeniu świadczenia dedykowanego temu rodzajowi świadczeń.

Zarządzeniem Nr 63/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 [25], z mocą obowiązywania od 2 kwietnia 2021 r. wprowadzono świadczenia:

- rehabilitacji stacjonarnej świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19 w podmiocie leczniczym będącym zakładem lecznictwa uzdrowiskowego,
- rehabilitacji stacjonarnej świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19 w podmiocie realizującym rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, wycenione na wartość 188,00 zł za osobodzień (dzień przyjęcia i wypisu jest rozliczany jako jeden dzień).

W przypadku świadczeniodawców posiadających obecnie kontrakt w innych zakresach rehabilitacji np. rehabilitacji neurologicznej, chcących rozpocząć udzielanie świadczeń rehabilitacji stacjonarnej na rzecz świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19 konieczne jest zwiększenie potencjału łóżkowego ponad łóżka zgłoszone w ramach realizacji dotychczasowej umowy (wpis w Rejestrze Wojewody).

Zarządzeniem Nr 78/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26.04.2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 [26], w podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie ambulatoryjnym lub w warunkach domowych, z mocą obowiązywania od 2 kwietnia 2021 r. wprowadzono świadczenia:

- wizytę fizjoterapeutyczną, ambulatoryjną – wstępną – za 25,00 zł
- wizytę fizjoterapeutyczną, domową – wstępną – za 38,00 zł
- wizytę fizjoterapeutyczną, ambulatoryjną – końcową – za 15,00 zł
- wizytę fizjoterapeutyczną, domową – końcową – za 28,00 zł

- wizytę fizjoterapeutyczną, ambulatoryjną za 56,00 zł
- wizytę terapeutyczną, domową za 83,00 zł.

Organizacja i wyposażenie podmiotu leczniczego musi być zgodne z wymogami odpowiednio: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego [27] lub rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [28].

Warunki realizacji świadczeń rehabilitacji w trybie stacjonarnym muszą być zgodne z programem z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 (zał. nr 6a do zarządzenia), a dla pacjentów rehabilitowanych ambulatoryjnie lub domowo – zgodnie z programem określonym w zał. nr 6b do zarządzenia [25, 26]. W każdym przypadku świadczeniodawca sprawozdaje procedury medyczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD9 PL).

Czas trwania stacjonarnej rehabilitacji COVID-19 wynosi od 2 do 6 tygodni, przy czym rozpoczęcie rehabilitacji COVID-19 następuje w terminie nie późniejszym niż w okresie 12 miesięcy od zakończenia leczenia w kierunku COVID-19. Skierowanie wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego [25]. W przypadku fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 w warunkach ambulatoryjnych, rozpoczęcie rehabilitacji następuje w terminie do 6 miesięcy od zakończenia leczenia COVID-19. Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznacza się nie wcześniej niż w terminie 14 dni od dnia uzyskania pozytywnego wyniku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Kliniknym kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem jest występowanie duszności, która negatywnie wpływa na aktywność pacjentów – w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik ≥ 1 (0-4). Tożsame zasady dotyczą fizjoterapii w warunkach domowych pacjentów, którzy przebyli COVID-19. Kliniknymi kryteriami kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem w tym przypadku są [27]:

- brak możliwości samodzielnego poruszania się chorego – świadczeniobiorcy nie mogą dotrzeć do świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach programu fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób, po przebyciu COVID-19,
- 3-9 w skali oceny funkcjonalnej (0-10), z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej MRC (0-5),

- duszność (w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik ≥ 1 (0-4) lub
- zespół słabości nabyty podczas pobytu na OIT (ang. ICU Acquired Weakness) [26].

Dodatkowo możliwe jest usprawnianie pacjentów z dolegliwościami po przechorowaniu COVID-19, w oparciu o dotychczasowe zakresy posiadane w umowie placówek posiadających z NFZ, tj.

1) rehabilitację stacjonarną:

- ▶ pulmonologiczną (rozliczaną jako *osobodzień w rehabilitacji pulmonologicznej w szpitalu* w kwocie 110,00 zł za dzień pobytu lub *osobodzień w rehabilitacji pulmonologicznej w zakładzie rehabilitacji leczniczej* w kwocie 77,00 zł za dzień pobytu);
- ▶ ogólnoustrojową (rozliczaną jako *osobodzień wg katalogu JGP w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej w szpitalu* lub *osobodzień wg katalogu JGP w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej w zakładzie rehabilitacji leczniczej* – wartość punktowa osobodnia w zależności od wskazanej grupy jest określona w katalogu JGP stanowiącym załącznik nr 1r zarządzenia Prezesa NFZ ws. rehabilitacji leczniczej);
- ▶ kardiologiczną (rozliczaną jako *osobodzień wg katalogu JGP w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej w szpitalu* – wartość punktowa osobodnia w zależności od wskazanej grupy jest określona w katalogu JGP stanowiącym załącznik nr 1r zarządzenia Prezesa NFZ ws. rehabilitacji leczniczej) – warunek: główne rozpoznanie wg ICD-10 musi wymienione w załączniku numer 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [28];

2) rehabilitację dzienną:

- ▶ pulmonologiczną (rozliczaną jako *osobodzień w rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku dziennym* w kwocie 77,00 zł / dzień pobytu);
- ▶ ogólnoustrojową (rozliczaną jako *osobodzień w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym* w kwocie 77,00 zł / dzień pobytu);

3) fizjoterapię ambulatoryjną lub domową (wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych z zakresów: kinezyterapia, masaż, elektrolecznictwo, światłolecznictwo i termoterapia, hydroterapia, krioterapia,

balneoterapia – wycena poszczególnych zabiegów znajduje się w zał. 1m do zarządzenia Prezesa NFZ ws. rehabilitacji leczniczej) [30].

Do rozliczenia należy wskazać produkty rozliczeniowe opisane w odpowiednich załącznikach do zarządzenia Prezesa NFZ ws. rehabilitacji leczniczej (zał. nr 1n, 1m lub 1r) [30], jako główne rozpoznanie wskazując stan / rozpoznanie wymagające rehabilitacji, a jako rozpoznanie współistniejące należy wskazać rozpoznanie wg ICD-10: *U08.9 Historia przebiegu COVID-19 u pacjenta, nieokreślona*.



Diagnostyka i leczenie COVID-19 ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (w ramach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych)

W ramach poniższych punktów opisane są świadczenia lub produkty możliwe do rozliczania w ramach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Umowy te są zawierane ze szpitalami z podstawowej sieci zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) lub w ramach konkursów ofert [5]. Większość zakresów w tych umowach jest finansowana w sposób limitowany, do wysokości zawartej umowy z NFZ.

1) Rozliczanie pobytu pacjenta z COVID-19 w oddziale szpitalnym, w systemie JGP

W przypadku świadczeń szpitalnych pobytu pacjentów w oddziałach nie włączonych do tzw. systemu zabezpieczenia COVID-19, rozliczane są w systemie jednorodnych grup pacjentów (JGP), w ramach umów o udzielanie świadczeń zawartych z NFZ.

W ramach takiej hospitalizacji oddział ma zapewnić całość niezbędnej diagnostyki i leczenia jednostek chorobowych, będących rozpoznaniem głównym i współistniejącym. Wysokość faktycznie poniesionych kosztów nie wpływa na wartość przychodu z NFZ, który jest ustalony i wskazany w katalogu grup (załącznik nr 1a do zarządzenia Prezesa NFZ ws. leczenia szpitalnego). Wycena grup w każdym z zakresów jest taka sama (przychód za rozliczenie tej samej grupy nie różni się w zależności od miejsca hospitalizacji pacjenta).

U pacjentów z SARS-CoV-2 możliwe jest rozliczenie kosztów pobytów związanych z leczeniem COVID-19 w ramach aktualnego katalogu i charakterystyki grup JGP (w załączeniu). Zgodnie z aktualną treścią zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków

zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne [24] pobyt pacjenta w oddziale, który kończy się postawieniem głównego rozpoznania wypisowego wg ICD-10: *U07.1 COVID-19*, rozliczany jest w grupie: S57 Inne choroby wirusowe – o wycenie:

- za pobyt do 3 dni: 752,00 zł;
- za pobyt od 4 do 17 dni: 1 504,00 zł;
- za 18-ty i każdy kolejny dzień: 167,00 zł.

Grupa ta jest możliwa do rozliczenia wyłącznie w zakresach (oddziałach): choroby płuc, choroby płuc dla dzieci choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, choroby zakaźne dla dzieci, dermatologia i wenerologia, dermatologia i wenerologia dla dzieci.

W chwili obecnej brak jest możliwości rozliczenia pobytów pacjentów z innym rozpoznaniem związanym z leczeniem COVID-19, opisanych przez WHO w formie nowych kodów w klasyfikacji ICD-10, tj. *U07.2 COVID-19 (wirus niezidentyfikowany)*; *U10.9 Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19, nieokreślony*. Aktualnie trwają prace legislacyjne w tym zakresie (projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 26 lutego 2021 r. [MZ 1122]).

2) Leczenie w oddziale anestezyjologii i intensywnej terapii

W przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta możliwe jest przeniesienie pacjenta do leczenia w oddziale intensywnej terapii. W przypadku posiadania przez szpital umowy z NFZ na ten zakres, do rozliczenia wskazuje się wszystkie dni pobytu pacjenta, w których uzyskał on co najmniej 19 punktów w skali TISS – 28 albo co najmniej 16 punktów w skali TISS – 28 dla dzieci. Dzień przyjęcia do leczenia w OAIIT oraz dzień jego zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień (z możliwością rozliczenia osobodnia, w którym pacjent osiągnął wyższą punktację).

Lekarz z OIT zobowiązany jest oznaczyć szczegółowe czynności wykonywane w opiece nad pacjentem, określone w załączniku nr 4a do zarządzenia (w załączeniu), a następnie sprawozdać je do NFZ. Łączna ocena stanu zdrowia pacjenta, dla potrzeb określenia punktacji w skali TISS – 28

albo TISS – 28 dla dzieci, przeprowadzana jest codziennie i odnotowywana w formie karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci, której wzór stanowi załącznik nr 4b do zarządzenia (wzór poniżej).

Karta punktacji pacjenta w skali TISS 28

imię i nazwisko pacjenta																				
PESEL																				
numer księgi głównej																				
rozpoznanie wg ICD 10																				
przyjęty z																				
data przyjęcia (rrrr-mm-dd)	* * *				godzina															
wypisany do (zgon)																				
data wypisu (rrrr-mm-dd)	* * *				godzina															

Data	Czynności podstawowe								Oddychanie								Krążenie												Nerki				Metabolizm				Inne interwencje						OUN	Suma punktów w dniu
	1a	1b	1c	1d	1e	1f	1g	1h	1i	1j	2a	2b	2c	2d	2e	2f	2g	3a	3b	3c	3d	3e	3f	3g	3h	3i	3j	4a	4b	4c	4d	5a	5b	5c	6a	6b	6c	6d	6e	7a				
																																												0
																																												0
																																												0

Samo finansowanie świadczeń odbywa się w ramach produktów z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielonych w OAiT – osobodni – stanowiącym załącznik nr 1ts do zarządzenia (w załączeniu), niezależnie od finansowania świadczeń pobytowych w innych oddziałach. Wycena tych zawiera się w przedziale:

- 1) dla dorosłych: od 850,68 zł (Leczenie w OAiT dla dorosłych – ocena według skali TISS-28 – 19 pkt) do 4 380,48 zł (Leczenie w OAiT dla dorosłych – ocena według skali TISS-28 – 77 pkt);
- 2) dla dzieci: od 749,01 zł (Leczenie w OAiT dla dzieci – ocena według skali TISS-28 dla dzieci – 16 pkt) do 4 906,14 zł (Leczenie w OAiT dla dzieci – ocena według skali TISS-28 dla dzieci – 77 pkt) [24].

3) Zakresy i/lub produkty rozliczeniowe związane z leczeniem następstw i/lub powikłań po przejściu zachorowania na COVID-19

Aktualnie brak jest możliwości zakodowania i rozliczenia pobytów pacjentów z rozpoznaniem związanymi z następstwami po infekcji lub leczeniu COVID-19, opisanych przez WHO w formie nowych kodów w klasyfikacji ICD-10, tj. *U08 Przebyta infekcja COVID-19 (w wywiadzie)*; *U08.9 Przebyta infekcja COVID-19 (w wywiadzie), nieokreślone*; *U09 Stan po COVID-19*; *U09.9 Stan po COVID-19, nieokreślony*; *U12 Szczepienie przeciwko COVID-19 powodujące działania niepożądane w zastosowaniu terapeutycznym*; *U12.9 Szczepienie przeciwko COVID-19 powodujące działania niepożądane w zastosowaniu terapeutycznym, nieokreślone*. Aktualnie trwają prace legislacyjne w tym

zakresie. Opublikowano projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 26 lutego 2021 r. [MZ 1122] do którego Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych złożyło uwagi dotyczące rozszerzenia rozpoznań w charakterystyce grup JGP. Niestety do końca kwietnia 2021 r. projekt ten nie wszedł w życie.

W chwili obecnej jakakolwiek diagnostyka czy leczenie następstw lub powikłań po COVID-19 możliwe jest do rozliczenia w ramach grup jednorodnych (JGP) pod warunkiem postawienia u pacjenta rozpoznania opisanego w charakterystyce grup (zał. nr 9). Przykładem powyższego mogą być grupy:

1) *D37F Inne choroby układu oddechowego < 66 r.ż.* – o wycenie:

- ▶ za pobyt do 3 dni: 1 063,00 zł;
- ▶ za pobyt od 4 do 16 dni: 2 126,00 zł;
- ▶ za 17-ty i każdy kolejny dzień: 236,00 zł,

do rozliczenia w przypadku pobytu pacjenta w oddziale, który kończy się postawieniem m.in. głównego rozpoznania wypisowego wg ICD-10: *R06.0 Dusznosc*.

2) *D50 Zwłóknienie i pylica płuc* – o wycenie:

- ▶ za pobyt do 3 dni: 2 539,00 zł;
- ▶ za pobyt od 4 do 29 dni: 5078,00 zł;
- ▶ za 30-ty i każdy kolejny dzień: 353,00 zł,

do rozliczenia w przypadku pobytu pacjenta w oddziale, który kończy się postawieniem m.in. głównego rozpoznania wypisowego wg ICD-10: *J84.1 Inne choroby tkanki śródmiąższowej płuc ze zwłóknieniem*.

3) *D52 Niewydolność oddechowa* – o wycenie:

- ▶ za pobyt do 3 dni: 1 418,00 zł;
- ▶ za pobyt od 4 do 24 dni: 2 835,00 zł;
- ▶ za 25-ty i każdy kolejny dzień: 117,00 zł,

do rozliczenia w przypadku pobytu pacjenta w oddziale, który kończy się postawieniem m.in. głównego rozpoznania wypisowego wg ICD-10: *J96.0 Ostra niewydolność oddechowa*;

4) *E55 Zakrzepica żył głębokich* – o wycenie:

- ▶ za pobyt do 3 dni: 1 115,00 zł;
- ▶ za pobyt od 4 do 17 dni: 2 802,00 zł;
- ▶ za 18-ty i każdy kolejny dzień: 167,00 zł,

do rozliczenia w przypadku pobytu pacjenta w oddziale, który kończy się postawieniem m.in. głównego rozpoznania wypisowego wg ICD-10: *I80.3 Zapalenie i zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych, nieokreślone* [30].

Dodatkowo od 2 kwietnia 2021 r., po uzyskaniu zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia możliwe jest przeniesienie pacjenta z oddziału covidowego i dalsze leczenie oraz odrębne rozliczenie pobytów grupami JGP (z zał. nr 1a): D16, D18, D37E, D37F, D46, D50, D52, E53G [25].

Powyższe dotyczy pacjentów po przebytej infekcji SARS-CoV-2 wymagających dalszego leczenia szpitalnego i przeniesionych na inny oddział tego samego lub innego szpitala z oddziałów szpitalnych zapewniających łóżka na II lub IV poziomie systemu zabezpieczenia COVID-19 lub przeniesionych ze szpitali tymczasowych, w innych zakresach świadczeń niż określone dla wyżej wymienionych grup w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne [30].

Bibliografia

- 1) Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz.U. poz. 1842 z późn. zm.
- 2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, Dz.U. 2020 poz. 422.
- 3) Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. poz. 159.
- 4) Zarządzenie Nr 32/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 z późn. zm., www.nfz.gov.pl.
- 5) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.
- 6) Zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 z późn. zm., www.nfz.gov.pl.
- 7) Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz.U. 2020 poz. 567.
- 8) Biadun D., Teleporady – co można w ramach umowy z NFZ, LEX/el. 2020.
- 9) <https://www.csioz.gov.pl/aktualnosci/szczegoly/csioz-udostepnilo-platforme-ktora-umozliwia-uzyskanie-teleporady-lekarskiej-i-pielegniarskiej/>.

- 10) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. poz. 1395 z późn. zm.
- 11) <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7629.html>.
- 12) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz.U. poz. 460.
- 13) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. poz. 456.
- 14) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Dz.U. poz. 660.
- 15) <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7664.html>.
- 16) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2021 poz. 512.
- 17) Zarządzenie Nr 37/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26.02.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, www.nfz.gov.pl.
- 18) Polecenie Ministra Zdrowia do Prezesa NFZ z dnia 1 listopada 2020 r. znak DSZ. 2245954.
- 19) Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym lub w izbach przyjęć, Dz.U. Poz. 1868 z późn. zm.
- 20) Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. z 2020 r. poz. 1845.

- 21) Pismo Departamentu Dialogu Społecznego do Departamentu Ekonomiczno-Finansowego NFZ Centrala w Warszawie z dnia 5 listopada 2020 r. znak: DSZ.0212.372.2020.ASB.
- 22) Pismo Departamentu Dialogu Społecznego do Przewodniczącego Stowarzyszenia Polska Unia Szpitali Klinicznych z dnia 1 grudnia 2020 r. znak: DSZ.0212.560.2020.ASB.
- 23) <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/zmiany-w-dodatku-covidowym-dla-medykow-jest-wyzszy-i-dostanie-go-dodatkowy-personel,7840.html>.
- 24) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, Dz.U. 2020 poz. 1246.
- 25) Zarządzenie Nr 63/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 09.04.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, www.nfz.gov.pl.
- 26) Zarządzenie Nr 78/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26.04.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, www.nfz.gov.pl.
- 27) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, Dz. U. z 2020 r. poz. 1838.
- 28) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Dz. U. z 2021 r. poz. 265.
- 29) Zarządzenie Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11.12.2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, www.nfz.gov.pl.
- 30) Zarządzenie Nr 55/2021/DSOZ z dnia 31.03.2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne z późn. zm., www.nfz.gov.pl.

Załącznik: wzór Zarządzenia w sprawie określenia zasad wypłaty dodatku covidowego

Zarządzenie Nr/.....

z dnia r.

w sprawie: określenia zasad wypłaty dodatkowego wynagrodzenia dla osób wykonujących zawód medyczny uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mających bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w Oddziałach udzielających świadczeń dla pacjentów covidowych oraz Centralnej Izbie Przyjęć.

Mając na uwadze, iż :

- 1) z uwagi na pandemię COVID-19 oraz stan epidemii ogłoszony na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, decyzją Ministra Zdrowia znak z dnia r. działającego na podstawie Ustawy z dnia 02 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych zmieniającą polecenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r., podmiot X został zobowiązany:
 - w okresie od dnia r. do odwołania do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 spełniających wymagania gwarantujące uniemożliwienie zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w trakcie udzielania tych świadczeń (I poziom);
 - w okresie od dnia do odwołania do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym łóżek do udzielania w warunkach szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, (II poziom),
- 2) zgodnie z Poleceniem Ministra Zdrowia do Prezesa NFZ z dnia 1 listopada 2020 r. oraz Komunikatem dla świadczeniodawców Centrali NFZ, z dniem 1 listopada 2020 r. osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mającym bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-COV 2 w szpitalach II i III poziomu przysługuje niezależnie od formy zatrudnienia dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 100% wynagrodzenia wynikającego z umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej;

celem zapewnienia dokonania wypłaty dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt. 2) osobom wykonującym zawód medyczny i udzielającym świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-COV 2,

Zarządzamy, co następuje:

§ 1

1. Osoby wykonujące zawód medyczny w na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej udzielające świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS-COV 2, począwszy od miesiąca r. otrzymają dodatkowe wynagrodzenie w wysokości określonej w Poleceniu Ministra Zdrowia, o którym mowa w pkt. 2) preambuły oraz umowie zawartej przez Szpital z NFZ.
2. Podstawą wypłaty dodatkowego wynagrodzenia dla osób wsadzanych w ust. 1 będą wykazy wskazane w ust. 1 zgodne z **załącznikiem nr ..** oraz oświadczenia osób uprawnionych zgodne z **załącznikami nr (pracownicy)** lub **załącznikiem nr (umowy cywilnoprawne)** do niniejszego Zarządzenia. W przypadku osób zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych dodatkowo zawarte aneksy do umów cywilnoprawnych zgodne z wzorem stanowiącym **załącznik nr**
3. Wykazy osób uprawnionych do dodatkowego wynagrodzenia sporządzają zgodnie z **załącznikiem nr ..** na koniec każdego miesiąca, za który ma być naliczone dodatkowe wynagrodzenie:
 - Ordynatorzy Oddziałów/Lekarze Kierujący Oddziałami na których leczeni są pacjenci zakażeni SARS-CoV-2 w stosunku do lekarzy,
 - Oddziałowe Oddziałów/ Lekarze Kierujący Oddziałami na których leczeni są pacjenci zakażeni SARS-CoV-2 w stosunku do pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, rejestratorek medycznych i opiekunów medycznych.
 - Kierownik Centralnej Izby Przyjęć w stosunku do lekarzy udzielających świadczeń na Centralnej Izbie Przyjęć;
 - Oddziałowa Centralnej Izby Przyjęć w stosunku do pielęgniarek, ratowników i opiekunów medycznych Centralnej Izby Przyjęć;
 - Kierownik Pracowni Diagnostycznej w stosunku do personelu pracowni.
4. Wykazy **do 3-go** dnia następnego miesiąca, a w przypadku wynagrodzenia za listopad 2020 r. **do 7-go listopada** polegają przekazaniu do zaopiniowania do Dyrektora ds. Lecznictwa, a po uzyskaniu opinii Dyrektora ds. Lecznictwa są zatwierdzane przez Zarząd. **Przekazanie w/w dokumentów stanowi warunek dokonania wypłaty środków na dodatkowe wynagrodzenie. W przypadku nie przekazania w/w dokumentów we wskazanym terminie dodatek nie zostanie naliczony.**
5. Osoby ujęte w wykazach **do 5-go dnia** kolejnego miesiąca, a w przypadku wynagrodzenia za listopad 2020 r. **do 7-go listopada** przekazują do osób wskazanych w ust. 3 komplet oświadczeń zgodnych z Załącznikiem nr ... lub ... w zależności od formy zatrudnienia. **Przekazanie w/w dokumentów stanowi warunek dokonania wypłaty środków na dodatkowe wynagrodzenie. W przypadku nie przekazania w/w dokumentów we wskazanym terminie dodatek nie zostanie naliczony.**

6. Szpital przedkłada wykazy wraz z oświadczeniami osób uprawnionych wskazanymi w umowie z NFZ do NFZ **do 10-go następnego miesiąca** po miesiącu, za który należne jest wynagrodzenie.
7. Kwota dodatku przysługująca jednej osobie udzielającej świadczeń medycznych w danym miesiącu nie może przekroczyć kwoty 15 000,00 zł, słownie: piętnaście tysięcy złotych. W przypadku, jeżeli według danych Szpitala, osoba uprawniona ma inne umowy łączące go ze Szpitalem na których podstawie uzyskała już dodatek w części lub całości z innego tytułu, wówczas Udzielający zamówienie informuje o tym tę osobę wskazując, czy i w jakiej wysokości może otrzymać dodatkowe wynagrodzenie na podstawie zawartej między stronami umowy.
8. Dodatkowe wynagrodzenie będzie wypłacane za okres, w jakim Szpital będzie otrzymywał dodatkowe środki finansowe na jego wypłatę, przy czym nie dłużej niż okres obowiązywania umowy zawartej pomiędzy osobami uprawnionymi a Szpitalem.
9. W przypadku nieobecności osoby uprawnionej w pracy w danym miesiącu, dodatkowe wynagrodzenie ulega proporcjonalnemu pomniejszeniu.
10. Dodatkowe wynagrodzenie będzie wypłacane w terminie 3 dni roboczych od dnia uzyskania środków na jego wypłatę z NFZ z dołu.
11. Zasady i wysokość dodatkowego wynagrodzenia określa polecenie Ministra Zdrowia oraz umowa Szpitala z NFZ, jeżeli została zawarta.

§2

Zarządzenie obowiązuje na czas oznaczony od dnia r. do dnia rozwiązania umowy określającej zasady wypłaty dodatku z NFZ lub dnia uchylecia Polecenia Ministra Zdrowia albo zmiany jego treści w sposób zmieniający zasady wypłaty lub sposób finansowania.

§ 3

Zarządzenie wchodzi z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia r.

Załącznik nr do wzoru Zarządzenia

.....

Komórka organizacyjna

data,

**WYKAZ OSÓB UPRAWNIONYCH
DO DODATKOWEGO WYNAGRODZENIA COVID-19
świadczących usługę na podstawie umowy w bezpośrednim kontakcie z pacjentem
podejrzany lub zarażony SARS-CoV-2 za miesiąc r.**

N.p.	Imię i nazwisko	Wymiar etatu/ ilość godzin świadczenia usługi	Ilość godzin W okresie od 1...../2020 do 31...../2020	Nieobecności ilość godzi/dni
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

.....

podpis Przełożonego osób uprawnionych

Załącznik nr do wzoru Zarządzenia

Imię i Nazwisko:

Numer PESEL:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Komórka organizacyjna:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1) w miesiącu 2020r. udzielałam/łem świadczeń zdrowotnych mając bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem i zakażeniem wirusem SARS CoV-2/udzielałam/łem świadczeń zdrowotnych w Centralnej Izbie Przyjęć

2) w okresie wskazanym w pkt 1 nie świadczyłam/łem pracy z uwagi na:

zwolnienie chorobowe w wymiarze.	godzin/dni
urlop w wymiarze	godzin/dni
urlop bezpłatny	godzin/dni
kwarantannę	godzin/dni
inną usprawiedliwioną nieobecność w wymiarze	godzin/dni
Razem nieobecność	godzin/dni

3) wyrażam zgodę na udostępnienie przez Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ i przetwarzanie przez ten Oddział oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, informacji o:
– wysokości mojego miesięcznego wynagrodzenia (umowa o pracę w)
na dzień udzielenia informacji, w celu ustalenia wysokości należnego mi dodatkowego świadczenia i przekazania środków finansowych na jego wypłatę,

4) przedstawione przeze mnie informacje stanowiące podstawę do ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia, są zgodne z prawdą.

miejscowość, dnia,

.....

podpis osoby składającej oświadczenie

*Załącznik nr 6a do zarządzenia
Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ,
z dnia 5 marca 2021 r.*

Program i warunki realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego lub podmioty realizujące rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym, które posiadają niezbędną bazę zabiegową do prowadzenia rehabilitacji pacjentów

Cel rehabilitacji	Celem rehabilitacji jest poprawa sprawności oddechowej, wydolności wysiłkowej i krążeniowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcia zdrowia psychicznego.
Podstawa rehabilitacji	Świadczenia rehabilitacji COVID-19 realizowane są na podstawie skierowania wystawionego świadczeniobiorcy przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, po zakończonym leczeniu w kierunku COVID-19. Skierowanie składa się do świadczeniodawcy realizującego program lecznictwa uzdrowiskowego lub rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym COVID-19.
Czas trwania	Czas trwania rehabilitacji COVID-19 wynosi od 2 do 6 tygodni, przy czym rozpoczęcie rehabilitacji COVID-19 następuje w terminie nie późniejszym niż w okresie 12 miesięcy od zakończenia leczenia w kierunku COVID-19.
Badania diagnostyczne wymagane przy kwalifikacji do leczenia	1) badanie RTG klatki piersiowej z opisem wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby, 2) aktualna morfologia, OB, CRP, 3) EKG wykonane po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby.
Wymaganie formalne	Program realizowany jest przez podmioty posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym lub w leczeniu uzdrowiskowym,
Organizacja i wyposażenie	Organizacja i wyposażenie podmiotu leczniczego zgodne z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1838) lub rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265), a ponadto: 1) stanowisko do tlenoterapii (butla lub koncentrator lub z centralnej tlenowni): 1/10 pacjentów; 2) kardiomonitor i pulsoksymetr: 1/10 pacjentów; 3) zestaw R, defibrylator; 4) instalacja przywoławcza w każdym pomieszczeniu (w pokojach i łazienkach); 5) pracownia spirometryczna / spirometr; 6) nebulizator; 7) inhalator ultradźwiękowy;

Organizacja i wyposażenie	8) stół drenażowy; 9) system do treningów monitorowanych; 10) wyposażenie w sprzęt do treningów interwałowych (ergometr rowerowy, wiosłowy lub bieżnia ruchoma nie mniej niż 1 na 10 świadczeniobiorców).
Personel	1) lekarz specjalista w dziedzinie pulmonologii, kardiologii, angiologii, neurologii, rehabilitacji leczniczej oraz balneologii i medycyny fizykalnej** – równoważnik co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte 50 łóżek, każde kolejne rozpoczęte łóżko – równoważnik co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do liczby łóżek w oddziale 2) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który: a) rozpoczął specjalizację w szczególowej dziedzinie medycyny przed dniem 30 września 2014 r. – w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, z późn. zm.), oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lub b) ukończył pierwszy rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a i c dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę lub c) ukończył drugi rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę; 3) pielęgniarki – zapewnienie całodobowej opieki 4) fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte 10 łóżek, każde kolejne rozpoczęte łóżko – równoważnik co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do liczby łóżek w oddziale 5) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik co najmniej ¼ etatu przeliczeniowego.
** w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2019 poz. 168, z późn. zm.)	
Organizacja udzielania świadczeń	1) zapewnienie codziennego (w dniach wykonywania zabiegów) dostępu do lekarza w celu: a) ustalenia i bieżącego korygowania programu leczenia, b) interwencji lekarskich, 2) zapewnienie pomocy lekarza w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych na wezwanie pielęgniarki; 3) badanie lekarskie – co najmniej: a) wstępne, w pierwszej dobie po przyjęciu, b) cotygodniowe kontrolne, c) końcowe, w ciągu 24 godzin przed wypisem; 4) specjalistyczne konsultacje lekarskie niezbędne do prowadzenia leczenia; 5) całodobowa opieka pielęgniarska – dyżur pielęgniarski w oddziale albo zmiana pielęgniarska w miejscu udzielania świadczeń; 6) codzienny poranny obchód lekarsko-pielęgniarski; 7) codzienny wieczorny obchód pielęgniarski;

Organizacja udzielania świadczeń	8) co najmniej 96 zabiegów fizjoterapeutycznych dla jednego pacjenta, średnio co najmniej 4 zabiegi dziennie; 9) dopuszcza się udzielanie zabiegów fizjoterapeutycznych dla pacjenta, w tym zabiegów bodźcowych z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych, po uprzedniej konsultacji lekarskiej; 10) terapia psychologiczna, psychoedukacja, terapia wspierająca pacjenta 11) prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
Ocena stanu zdrowia i monitorowanie leczenia	1) test wysiłkowy na początku i na końcu leczenia (test na ergometrze rowerowym lub test na bieżni ruchomej lub test 6-minutowego marszu) z oceną tolerancji wysiłkowej; 2) ocena nasilenia duszności na początku i na końcu leczenia (w skali nMRC); 3) spirometryczna ocena czynnościowa układu oddechowego na początku i na końcu leczenia; 4) ocena stanu odżywienia (BMI oraz w skali NRS 2002 lub SGA) na początku i na końcu leczenia; 5) ocena funkcjonalna (w skali Barthel) na początku i na końcu leczenia.
Rekomendowany program leczenia – ustalany wg indywidualnych wskazań (potrzeb świadczeniobiorcy)	1) kinezyterapia ze szczególnym uwzględnieniem treningu wytrzymałościowego, ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń efektywnego kaszlu, ćwiczeń ogólnousprawniających, ćwiczeń na wolnym powietrzu; 2) opukiwanie i oklepywanie klatki piersiowej, drenaże ułożeniowe; 3) inhalacje indywidualne (solankowe – haloterapia, mineralne, lekowe) lub okołężniowe lub nadmorskie albo subterraneoterapia; 4) terenoterapia, treningi marszowe; 5) balneoterapia – wg indywidualnych wskazań, w tym: – wodne kąpiele balneologiczne (o stopniowanej temperaturze), w szczególności kąpiele kwasowęglowe – i/lub gazowe kąpiele CO ₂ – i/lub okłady z pasty borowinowej; 6) masaż – wg indywidualnych wskazań; 7) hydroterapia, fizykoterapia – wg indywidualnych wskazań; 8) treningi relaksacyjne ; 9) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, w tym np. nauka prawidłowej techniki używania inhalatorów, eliminacja nałogów i innych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, prozdrowotna modyfikacja stylu życia 10) leczenie dietetyczne – wg indywidualnych wskazań; 11) wspomaganie rehabilitacyjne schorzeń współistniejących.
Świadczenia dodatkowe	W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń w ramach programu na rzecz świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne niezbędne w procesie leczenia

*Załącznik nr 6b do zarządzenia
Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ,
z dnia 5 marca 2021 r.*

PROGRAM FIZJOTERAPII DLA OSÓB PO PRZEBYCIU COVID-19

1. Cel główny programu: Wspomaganie pełnego powrotu do zdrowia i aktywności (w tym zawodowej) osób, po przebyciu COVID-19.
2. Cele szczegółowe programu:
 - 1) poprawa tolerancji wysiłku fizycznego;
 - 2) zmniejszenie natężenia objawów związanych z przebiegiem COVID-19;
 - 3) edukacja „ozdrowieńców” w zakresie samodzielnego radzenia sobie z objawami związanymi z przebiegiem COVID-19.

Program fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 - warunki ambulatoryjne	Wymagania formalne	1. Podmiotami mogącymi udzielać świadczeń w ramach przedmiotowego programu są podmioty wykonujące działalność leczniczą, odpowiadającej realizacji fizjoterapii ambulatoryjnej, wpisane do rejestrów określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz. 711). 2. Program realizowany jest przez podmioty spełniające wymagania określone w programie, posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. 3. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie realizowane jest na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
	Warunki kwalifikacji do świadczenia	1. Świadczeniem programu obejmuje się pacjentów, którzy przebyli COVID 19. Rozpoczęcie rehabilitacji następuje w terminie do 6 miesięcy od zakończenia leczenia COVID – 19. 2. Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznacza się nie wcześniej niż w terminie 14 dni od dnia uzyskania pozytywnego wyniku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. 3. Kliniknym kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem jest występowanie duszności, która negatywnie wpływa na aktywność pacjentów - w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik ≥ 1 (0-4).
	Zakres świadczenia	1. Realizacja programu podstawowego dla pacjentów, u których występuje nieznaczne pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥ 1, obejmuje: 1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną, 2) wizytę terapeutyczną – indywidualnie w ramach potrzeb świadczeniobiorcy, 3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej.

Program fizjoterapii dla ozdrowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 - warunki ambulatoryjne	Zakres świadczenia	2. Realizacja programu rozszerzonego dla pacjentów, u których występuje pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥ 2 (0-4), obejmuje: 1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną, 2) wizytę terapeutyczną – częstotliwość ustalana indywidualnie, wynosi jednak nie więcej niż 3 razy w tygodniu przez 6 tygodni, 3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej. 3. W przypadkach medycznie uzasadnionych dopuszcza się realizację jednej dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania programu
	Personel	Świadczenia udzielane są przez fizjoterapeutę w wymiarze co najmniej 1 etatu w zadeklarowanym czasie pracy gabinetu. Wymagane jest zapewnienie nadzoru magistra fizjoterapii posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.
	Organizacja udzielania świadczeń	1. 1) Wizyta fizjoterapeutyczna wstępna obejmuje: Badanie podmiotowe: a) wywiad w zakresie występowania: – chorób współistniejących, – przeciwwskazań do fizjoterapii, b) Ocenę natężenia objawów zgłaszanych przez pacjenta, w tym: – duszności – zmodyfikowana skala Borga [0-10], mMRC (0-4), – zmęczenia – MFIS, 2) Badanie przedmiotowe: a) ocenę wzorca oddechowego, częstości oddechów, b) ocenę siły mięśniowej (manualnie lub z wykorzystaniem metod obiektywnych np. dynamometr ręczny), c) badanie ciśnienia tętniczego krwi, d) pulsoksymetria, e) uwzględnienie badań dodatkowych przekazanych przez pacjenta, f) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (6MWT lub ISWT lub 6MST lub 30CST) – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych. 3) Ocena sprawności fizycznej (SPPB), 4) Określenie programu fizjoterapii. 2. Wizyta terapeutyczna obejmuje co najmniej 4 procedury z listy podstawowych procedur stanowiących załącznik nr 1, w tym jedną procedurę związaną z edukacją pacjenta. 3. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa obejmuje: 1) Ocenę natężenia objawów (duszność – zmodyfikowana skala Borga, mMRC; zmęczenie – MFIS;), 2) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (6MWT lub ISWT lub 6MST lub 30CST) – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych, 3) ocenę sprawności fizycznej (SPPB), 4) zalecenia, 5) Przekazanie informacji do lekarza kierującego o zastosowanym leczeniu i jego efektach.

	Organizacja udzielania świadczeń	4. Uczestnik programu w czasie trwania programu nie może korzystać z innych świadczeń rehabilitacyjnych zarówno ze środków programu, jak i innych środków na realizację świadczeń rehabilitacyjnych. Na 1 etat przeliczeniowy fizjoterapeuty w ciągu jednego dnia pracy możliwa jest realizacja świadczeń u nie więcej niż 14 świadczeniobiorców. 5. Program nie obejmuje usług z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
	Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	Warunki wymagane: 1) pulsoksymetr napalcowy, 2) pulsometr (pomiar tętna w czasie wysiłku), 3) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, 4) stoper, 5) korytarz o długości min. 30 m lub step (wysokość nie mniej niż 20 cm), 6) sprzęt do treningu o zmiennym oporze, 7) cykloergometr.
Program fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 – warunki domowe	Wymagania formalne	1. Podmiotami mogącymi udzielać świadczeń w ramach przedmiotowego programu są podmioty wykonujące działalność leczniczą odpowiadającą realizacji fizjoterapii w warunkach domowych, wpisane do rejestrów określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711). 2. Program realizowany jest przez podmioty spełniające wymagania określone w programie, posiadające podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń w zakresie fizjoterapia domowa. 3. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie realizowane jest na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
	Warunki kwalifikacji do świadczenia	1. Świadczeniem programu obejmuje się pacjentów, którzy przebyli COVID-19. Rozpoczęcie rehabilitacji następuje w terminie do 6 miesięcy od zakończenia leczenia COVID-19. 2. Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznacza się nie wcześniej niż w terminie 14 dni od dnia uzyskania pozytywnego wyniku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. 3. Klinikznymi kryteriami kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem są: 1) świadczeniobiorcy, którzy ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się nie mogą dotrzeć do świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach programu fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób, po przebyciu COVID-19, 2) 3-9 w skali oceny funkcjonalnej (0-10), z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej MRC (0-5), 3) duszność (w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik ≥ 1 (0-4) lub 4) zespół słabości nabyty podczas pobytu na OIT (ang. ICU Acquired Weakness).

Program fizjoterapii dla ozdrowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 – warunki domowe	Zakres świadczenia	- Realizacja programu obejmuje: - wizytę fizjoterapeutyczną wstępną, - wizyty terapeutyczne – częstotliwość ustalana indywidualnie, wynosi jednak nie więcej niż 3 razy w tygodniu przez 6 tygodni, - wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej. - W przypadkach medycznie uzasadnionych dopuszcza się realizację jednej dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania programu.
	Personel	Świadczenia udzielane są przez fizjoterapeutę w wymiarze co najmniej 1 etatu w zadeklarowanym czasie pracy komórki.
	Organizacja udzielania świadczeń	- Wizyta fizjoterapeutyczna wstępna obejmuje: - Badanie podmiotowe: - wywiad w zakresie występowania: - chorób współistniejących, - przeciwwskazań do fizjoterapii, - Ocenę natężenia objawów zgłaszanych przez pacjenta, w tym: - duszności – zmodyfikowana Skala Borga [0-10], mMRC, - zmęczenia – MFIS - Badanie przedmiotowe: - ocenę wzorca oddechowego, częstości oddechów, - ocenę siły mięśniowej (manualnie lub z wykorzystaniem metod obiektywnych np. dynamometr ręczny), - badanie ciśnienia tętniczego krwi, - pulsoksymetria, - uwzględnienie badań dodatkowych przekazanych przez pacjenta, - ocenę tolerancji wysiłku fizycznego – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych, - Inne testy w zależności od stanu chorego (np. skala Barthel), - Określenie programu fizjoterapii. - Wizyta terapeutyczna obejmuje co najmniej 4 procedury z listy podstawowych procedur stanowiących załącznik nr 1, w tym jedną procedurę związaną z edukacją pacjenta. - Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa obejmuje: - ocenę natężenia objawów (duszność – zmodyfikowana skala Borga, mMRC; zmęczenie – MFIS;), - ocena tolerancji wysiłku fizycznego – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych, - zalecenia, - przekazanie informacji do lekarza kierującego o zastosowanym leczeniu i jego efektach. - Uczestnik programu w czasie trwania programu nie może korzystać z innych świadczeń rehabilitacyjnych zarówno ze środków programu, jak i innych środków na realizację świadczeń rehabilitacyjnych;

Program fizjoterapii dla ozdrowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 – warunki domowe	Organizacja udzielania świadczeń	2) Na 1 etat przeliczeniowy fizjoterapeuty w ciągu jednego dnia pracy możliwa jest realizacja świadczeń u nie więcej niż 7 świadczeniobiorców; 3) Program nie obejmuje usług z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	Warunki wymagane: 1) pulsoksymetr napalcowy, 2) pulsometr (pomiar tętna w czasie wysiłku), 3) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, 4) stoper.

Lista skrótów:

- 1) mMRC (*ang. modified Medical Research Council*) – zmodyfikowana skala MRC (0-4) do oceny duszności;
- 2) MRC (*ang. Medical Research Council*) – skala do oceny siły mięśniowej (0-5);
- 3) MFIS (*ang. modified Fatigue Impact Scale*) – skala wpływu zmęczenia;
- 4) 6MWT (*ang. Six Minutes Walking Test*) – test 6-minutowego marszu;
- 5) ISWT (*ang. Incremental Shuttle Walking Test*) – stopniowany, wahadłowy;
- 6) test marszowy; 6MST (*ang. Six Minutes Step Test*) – 6-minutowy test na stopniu;
- 7) SPPB (*ang. Short Physical Performance Battery*) – test sprawności fizycznej;
- 8) 30CST (*ang. 30 sec chair stand test*) – 30-sekundowy test wstawania z krzesła;

Składowe programy:

Podstawą programu są dwa elementy: trening fizyczny i edukacja. Dodatkowo, w zależności od potrzeb chorego możliwe jest włączenie dodatkowych elementów terapii, m. in. techniki mobilizacji i ewakuacji wydzieliny, trening równowagi, metody specjalne dedykowane chorym z deficytami neurologicznymi itp.

Obligatoryjnie program musi zawierać edukację pacjenta. W sytuacji wskazań do „Inne” (patrz wyżej) lub znacznych ograniczeń funkcjonalnych (np. duże deficyty neurologiczne) ograniczających możliwości stosowania treningu fizycznego, można zastąpić go procedurami z zakresu „Inne”.

TRENING FIZYCZNY	EDUKACJA	INNE
-------------------------	-----------------	-------------

TRENING FIZYCZNY:**Trening aerobowy**

W zależności od poziomu tolerancji wysiłku fizycznego trening ciągły lub interwałowy o intensywności określonej na podstawie wyników z badania wstępnego.

	Trening wytrzymałościowy ciągły	Trening wytrzymałościowy interwałowy
Tryb	Ciągły	Interwały:
		30 sek. ćwiczeń, 30 sek. przerwy, 20 sek. ćwiczeń, 40 sek. przerwy.
Intensywność	Początkowo niska lub umiarkowana*	Początkowo niska lub umiarkowana*
Czas trwania	Początkowo 10-12 min przez pierwsze 3-4 sesje	Początkowo 12-15 min przez pierwsze 3-4 sesje
Progresja	Wzrost intensywności o 5-10% (ocena tolerancji)	Wzrost intensywności o 5-10% (ocena tolerancji)
	Docelowy czas trwania 30 min.	Docelowy czas trwania 40 min (włączając przerwy)
Postrzeganie wysiłku	2- 3w skali Borga** początkowo, przy dobrej tolerancji możliwe zwiększenie intensywności	2- 3w skali Borga** początkowo, przy dobrej tolerancji możliwe zwiększenie intensywności

* Ocena tolerancji poprzez kontrole natlenienie (pulsoksymetr).

** Skala Borga 10-punktowa określająca intensywność odczuwanego wysiłku.

Trening oporowy

Trening oporowy dobrany indywidualnie dla pacjenta na podstawie jednostki RM oraz tolerancji wysiłku fizycznego pacjenta (ocena występowania desaturacji).

Wskazany jest trening siłowo-wytrzymałościowy.

	Siła	Siła, wytrzymałość	Wytrzymałość
Obciążenie	80-100% z 1RM*	70-85% z 1RM*	30-80% z 1RM*
Objętość	1-3 serie po 1-8 powtórzeń	3 serie po 8-12 powtórzeń	1-3 serie po 20-30 powtórzeń
Odpoczynek	2-3 min	1-2 min	1 min
Progresja	2-10% wzrostu	60-70% z 1RM	----

1RM – (*ang. one repetition maximum*) – maksymalny ciężar, jaki może być podniesiony przez chorego, z zaangażowaniem określonej grupy mięśni.

EDUKACJA PACJENTA

Realizowana w trakcie trwania programu fizjoterapii.

Celem edukacji pacjenta jest zwiększenie świadomości dotyczącej powikłań związanych z przebiegiem COVID-19 oraz nauczaniem sposobów radzenia z nimi, tak aby ograniczyć ich wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Edukacja powinna obejmować poniższe zagadnienia:

- 1) Czym jest duszność i jak sobie z nią radzić samodzielnie? (pozycje ułatwiające oddychanie, wybrane techniki z zakresu fizjoterapii oddechowej),
- 2) Czym jest zespół przewlekłego zmęczenia po infekcji wirusowej i jak sobie radzić z tym objawem? (zasady postępowania nefarmakologicznego),
- 3) Jak planować aktywność fizyczną? (program ćwiczeń fizycznych, czas trwania, natężenie wysiłku, częstotliwość).

U chorych, u których występują inne dolegliwości, np. związane z pobytem na OIT program edukacji należy poszerzyć o dodatkowe zagadnienia związane z problemami zgłaszanymi przez chorych.

Wykaz procedur ICD-9 Ambulatorium – wizyta terapeutyczna**Procedury podstawowe:**

- 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne
- 93.13 Usprawnianie czynne z oporem
- 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne
- 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym
- 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym
- 93.18 Usprawnianie układu oddechowego
- 93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe
- 93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem
- 93.1814 Nauka kaszlu i odkrztuszania

Edukacja pacjenta w zakresie radzenia sobie z dokuczliwymi objawami związanymi z COVID-19 oraz bezpieczną aktywnością fizyczną

Procedury dodatkowe

- 93.3603 Trening stacyjny
- 93.3604 Trening marszowy
- 93.1901 Ćwiczenia równoważne
- 93.1904 Ćwiczenia samoobsługi
- 93.3605 Trening marszowy z przyborami
- 93.3606 Inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego

Opieka domowa – wizyta terapeutyczna**Procedury podstawowe:**

- 93.1901 Ćwiczenia równoważne
- 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne
- 93.13 Usprawnianie czynne z oporem
- 93.1904 Ćwiczenia samoobsługi
- 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne
- 93.3807 Metody neurofizjologiczne – Metoda NDT Bobath
- 93.3808 Metody neurofizjologiczne – PNF
- 93.18 Usprawnianie układu oddechowego
- 93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe
- 93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem
- 93.1814 nauka kaszlu i odkrztuszania

Edukacja pacjenta w zakresie radzenia sobie z dokuczliwymi objawami związanymi z COVID-19 oraz bezpieczną aktywnością fizyczną.

Procedury dodatkowe:

- 93.22 Reedukacja chodu
- 93.3606 Inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego

Załącznik nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ 42/2021/DSOZ – zakładka 1. Pokoje izolatorium

Nazwa podmiotu
REGON podmiotu

Informacja dotycząca liczby pokoi, w których zorganizowane zostało izolatorium*

Lp	Nazwa obiektu, w którym zorganizowane zostało izolatorium	Adres obiektu, w którym zorganizowane zostało izolatorium	Liczba pokoi			Okres, na który została zawarta umowa**	
			jednoosobowych	dwuosobowych	wiecej niż dwuosobowych	Data od (RR-MM-DD)	Data do (RR-MM-DD)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
3.							
4.							

* należy przekazać do OW NFZ w dniu następującym po rozpoczęciu działalności przez izolatorium lub w dniu następującym po każdej zmianie stanu faktycznego

** dotyczy podmiotów, które zorganizowały izolatorium w obiektach podmiotu trzeciego.

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....

Podpis***

osoby upoważnionej
do reprezentowania
podmiotu

*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Załącznik nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ 42/2021/DSOZ – zakładka 2. Łóżka szpitalne

Nazwa podmiotu
REGION podmiotu

Sprawozdanie z liczby łóżek dostępnych do udzielania świadczeń w szpitalach I i II poziomu oraz ujętych w rejestrze wojewody w szpitalach III poziomu w okresie od dnia ... do dnia ...

Lp	Nazwa zakładu leczniczego	VII cz. kodu resortowego	VIII cz. kodu resortowego	Nazwa komórki organizacyjnej wg VIII cz. kodu resortowego	Liczba łóżek	Data od (RR-MM-DD)	Data do (RR-MM-DD)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
3.							
4.							
...							

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....

Podpis*
osoby upoważnionej
do reprezentowania
podmiotu

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Załącznik nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ 42/2021/DSOZ – zakładka 3. Respiratory szpitale

Nazwa podmiotu
REGON podmiotu

Sprawozdanie z liczby respiratorów dostępnych do udzielania świadczeń w szpitalach II poziomu w okresie od dnia ... do dnia ...

Lp	Nazwa zakładu leczniczego	Liczba respiratorów	Data od (RR-MM-DD)	Data do (RR-MM-DD)
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
...				

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....
Podpis*
osoby upoważnionej
do reprezentowania
podmiotu

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Załącznik nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ 42/2021/DSOZ – załączka 4. Gotowość

Nazwa podmiotu
REGON podmiotu

Sprawozdanie z realizacji gotowości i dostępności do udzielania świadczeń w okresie od dnia ... do dnia ...

Lp	Kod produktu	Nazwa produktu	Data od (RR-MM-DD)	Data do (RR-MM-DD)	Liczba jednostek rozliczeniowych	Wartość jednostki rozliczeniowej	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6	7	8=6*7
1.							
2.							
3.							
4.							
...							
RAZEM							- zł

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....
Podpis*
osoby upoważnionej
do reprezentowania
podmiotu

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP
i REGON wraz z podpisem

Załącznik nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ 42/2021/DSOZ – załączka 5. Gotowość transport

**Nazwa podmiotu
REGON podmiotu**

Sprawozdanie z realizacji gotowości w zakresie transportu sanitarnego w okresie od dnia ... do dnia ...

Lp	Kod produktu	Nazwa produktu	Liczba zespołów (iloczyn liczby dni oraz liczby zespołów pozostających w gotowości w danym okresie sprawozdawczym)	Wartość jednostkowa gotowości w zł	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6=4*5
1.	99.01.0001	Oплата рычагтова за готовоść до транспорту санітарнаго рэалізаванаго праз 1 асобу			
2.	99.01.0003	Oплата рычагтова за готовоść до транспорту санітарнаго рэалізаванаго праз зеспół co наймнэй двусобовы			
RAZEM					- zł

Miejscowość i data:
Imię i nazwisko Sporządzającego:
Nr telefonu:
Adres e-mail:

.....

Podpis*
osoby upoważnionej
do reprezentowania podmiotu

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Załącznik nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ 42/2021/DSOZ – załączka 6. Testy Ag

Nazwa podmiotu
REGON podmiotu

Sprawozdanie z wykonanie testów antygenowych w okresie od dnia ... do dnia ...

Lp	Identyfikator pacjenta *	Kod produktu	Nazwa produktu	Data od (DD-MM-RR)	Data do (DD-MM-RR)	Liczba jednostek rozliczeniowych	Wartość jednostki rozliczeniowej	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6	7	8	9=7*8
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
...								
RAZEM								- zł

* nr PESEL, a w przypadku jego braku seria i nr dokumentu tożsamości

Miejscowość i data:
Imię i nazwisko Sporządzającego:
Nr telefonu:
Adres e-mail:

.....
Podpis **
osoby upoważnionej
do reprezentowania
podmiotu

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Załącznik nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ 42/2021/DSOZ – załączka 7. Szczepienia

Nazwa podmiotu:
REGON podmiotu (9 znaków):

OW NFZ:

Sprawozdanie za miesiąc z wykonania szczepień przeciwko SARS-CoV-2 za okres od dnia do dnia

Lp	miesiąc wykonania	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba wykonanych szczepień	Wartość produktu rozliczeniowego (zł)	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6	7=5*6
1.						
2.						
3.						
4.						
...						
RAZEM						

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....

Podpis *
osoby upoważnionej
do reprezentowania
podmiotu

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem



Polskie
Towarzystwo
Koderów
Medycznych