

ZARZĄDZENIE Nr 69/2014/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 6 listopada 2014 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju:
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 3) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 4) **osobodzień** – jednostkową miarę służącą do rozliczenia świadczeń, o których mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278, Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 125, poz. 842, Nr 107, poz. 679, Nr 165, poz. 1116, Nr 127, poz. 857, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578, Nr 257, poz. 1723, Nr 182, poz. 1228, Nr 257, poz. 1725 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646, i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175, 1188 i 1491.

- 5) **przepustka** – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym, bez potrzeby wypisywania go z zakładu;
- 6) **rozporządzenie** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 1480 oraz z 2014 r. poz. 960);
- 7) **skala Barthel** – skalę oceny poziomu samodzielności świadczeniobiorcy, o której mowa:
 - a) w załączniku nr 2 do rozporządzenia, stanowiącym wzór karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego albo przebywającego w zakładzie opiekuńczym, oraz
 - b) w załączniku nr 3 do rozporządzenia, stanowiącym wzór karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia lub objętego pielęgniarstwą opieką długoterminową domową;
- 8) **świadczenie wykonywane w warunkach domowych** – świadczenie gwarantowane, o którym mowa w § 6 rozporządzenia, udzielane w miejscu zamieszkania lub czasowego pobytu świadczeniobiorcy, w tym także w domach pomocy społecznej;
- 9) **ustawa** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) oraz w rozporządzeniu.

Rozdział 2

Cel postępowania i przedmiot umowy

§ 3. Celem postępowania, o którym mowa w § 1 jest wyłonienie podmiotów, które będą udzielały świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

§ 4. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 3, stanowi realizacja świadczeń gwarantowanych, określonych w rozporządzeniu:

1) udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach stacjonarnych lub domowych, w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia;

2) finansowanych przez Fundusz.

2. Odpowiednio do przedmiotu umowy, jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych zakresów świadczeń, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

3. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.

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

§ 5. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 4, obowiązany jest spełniać wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.

§ 6. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu WE nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.²⁾) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85110000-3 – Usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85141210-4 – Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych;
- 3) 85144000-0 – Usługi placówek opieki zdrowotnej zapewniających zakwaterowanie;
- 4) 85141200-1 – Usługi świadczone przez pielęgniarki.

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 7. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.

²⁾ Wymienione rozporządzenie zostało zmienione: rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. W. L 329 z 17.12.2003 r., str. 1–270), rozporządzeniem Komisji (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) oraz dyrektywy 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące procedur udzielania zamówień publicznych w zakresie zmiany CPV (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. U. L 74 z 15.3.2008, str. 1-375) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 596/2009 z dnia 18 czerwca 2009 r. dostosowującym do decyzji Rady 1999/468/WE niektóre akty podlegające procedurze, o której mowa w art. 251 Traktatu, w zakresie procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Dostosowanie do procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Część czwarta (Dz.U. L 188 z 18.7.2009, str. 14-92).

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych.

3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w wykazie, o którym mowa w ust. 1 lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą wymaga pisemnego zgłoszenia dyrektorowi oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

§ 8. 1. Umowę o udzielanie świadczeń w zakresach określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia, zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.

2. Jeżeli świadczeniodawca udziela świadczeń w różnych miejscach na podstawie umowy, o której mowa w § 4, każde z nich winno odpowiadać wymaganiom określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane w warunkach domowych, realizowane są we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej oraz z położną podstawowej opieki zdrowotnej.

4. Realizacja świadczeń zawartych w katalogu zakresów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dopuszczalna jest łącznie ze świadczeniami określonymi w rodzaju:

1) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, z wyłączeniem:

- a) żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych, w przypadku zakresu świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym albo opiekuńczo – leczniczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie,
- b) tlenoterapii w warunkach domowych, w przypadku zakresu świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym albo opiekuńczo – leczniczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również dla wentylowanych

- mechanicznie oraz zespołu długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie dorosłych, dzieci i młodzieży;
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez lekarzy zatrudnionych w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych albo opiekuńczo-leczniczych, posiadających specjalizacje lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinach medycyny określonych w przepisach rozporządzenia;
 - 3) leczenie stomatologiczne;
 - 4) rehabilitacja lecznicza, z wyłączeniem rehabilitacji leczniczej wykonywanej w warunkach domowych, w przypadku zakresów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w których istnieje wymóg zatrudnienia fizjoterapeuty;
 - 5) leczenie szpitalne w zakresie: programy zdrowotne i lekowe.

§ 9. 1. Świadczeniodawca udziela świadczeń zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 2 do umowy, o której mowa w § 4.

2. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

4. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy.

6. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 5, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

7. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 5, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, oddział Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 7 ust. 4 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

8. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu, upoważnienie, o którym mowa w ust. 5, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

9. Świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie oraz warunkami określonymi w niniejszym zarządzeniu.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych

§ 10. 1. Do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego i opiekuńczo–lecniczego, zwanych dalej „zakładem opiekuńczym”, może zostać przyjęty świadczeniobiorca wymagający ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagający hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą Barthel dokonanej w dniu przyjęcia otrzymał 40 punktów lub mniej; ocena skalą Barthel nie jest stosowana u dzieci do ukończenia 3. roku życia.

2. W uzasadnionych przypadkach zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203), do Domu Weterana – funkcjonującego jako zakład opiekuńczy może być skierowany weteran poszkodowany, na podstawie opinii konsultanta ochrony zdrowia, niezależnie od oceny jego skali samodzielności określanej stosownie do przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

3. Sprawowanie przez zakład opiekuńczy opieki nad świadczeniobiorcami, o których mowa w ust. 1, możliwe jest pod warunkiem spełnienia przez świadczeniodawcę wymogów określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia oraz w rozporządzeniu.

4. Zadaniem zakładu opiekuńczego, w okresie pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie, jest udzielanie świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 4 ust. 2-4 rozporządzenia, odpowiednio do stanu jego zdrowia.

5. W przypadku świadczeniobiorców przewlekle chorych oraz tych, którzy przebyli leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają dalszej hospitalizacji

w oddziale szpitalnym - jednak ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną są niesamodzielni w samoopiece i samopielęgnacji i wymagają:

- 1) stałej kontroli lekarskiej;
- 2) profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji;
- 3) umieszczenia w zakładzie opiekuńczym

- kontynuacja leczenia, o której mowa w ust. 1, oznacza dalsze postępowanie lecznicze, w tym również żywienie dojelitowe i pozajelitowe, odpowiadające stanowi zdrowia świadczeniobiorcy. Kontynuacja leczenia obejmuje także podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych, niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym, według indywidualnej oceny dokonywanej przez lekarza zakładu opiekuńczego.

6. Jeżeli w ocenie świadczeniobiorcy skalą Barthel, dokonywanej przez lekarza i pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego na koniec każdego miesiąca, punktacja jest wyższa niż 40 punktów, Fundusz finansuje świadczenia do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego. Ponowne skierowanie do zakładu jest możliwe w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

7. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia:

- 1) dojelitowego - odbywa się w szpitalu lub poradni prowadzącej leczenie żywieniowe;
- 2) pozajelitowego - odbywa się w szpitalu.

8. Kartę kwalifikacji do leczenia żywieniowego lub kartę informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą zalecenia i parametry żywienia dojelitowego albo pozajelitowego dołącza się do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

9. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w zakładach opiekuńczych dotyczy świadczeniobiorców, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną diety kuchennej, wymagają przewidywanego długotrwałego, tj. stosowanego dłużej niż 30 dni, podawania substancji odżywczych, tj. białka lub źródeł białka, tłuszczów, węglowodanów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody, w sposób inny niż doustnie przy użyciu kompletnej diety przemysłowej; ilość diety winna być dostosowana do aktualnego zapotrzebowania białkowo-energetycznego chorego, przy czym jej ilość docelowo (w okresie nie dłużej niż w ciągu 14 dni) nie może być mniejsza niż 20 kcal/kg należnej masy ciała w przypadku osoby dorosłej.

10. Żywienie dojelitowe dzieci, z zastosowaniem diet specjalnych, podawanych w sposób inny niż drogą naturalną, tj. przez sztuczny dostęp do przewodu

pokarmowego, obejmuje co najmniej 50% podaży dziennego zapotrzebowania energetycznego w postaci diety przemysłowej.

11. Żywnienie dojelitowe może być zastosowane u chorych, u których wytworzono dostęp sztuczny do przewodu pokarmowego, z powodu braku możliwości odżywiania drogą doustną przy zachowanej czynności przewodu pokarmowego.

12. Żywnienie pozajelitowe jest stosowane u chorych, u których brak jest możliwości żywienia przez przewód pokarmowy; wszystkie niezbędne substancje odżywcze w przypadku żywienia pozajelitowego podawane są drogą dożylną.

13. Chory żywiony dojelitowo i pozajelitowo winien być monitorowany w celu oceny skuteczności leczenia, objawów niepożądanych oraz stanu zdrowia, którego zmiany mogą wymagać modyfikacji leczenia żywieniowego; monitorowanie winno odbywać się zgodnie z indywidualnym planem leczenia i obejmować stan ogólny i stan metaboliczny chorego ze szczególną oceną tych narządów i układów, których czynność może ulec upośledzeniu z powodu prowadzonego leczenia lub choroby podstawowej.

14. Przy żywieniu drogą inną niż naturalna, świadczeniodawca wykonuje badania zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta, nie rzadziej niż jeden raz na trzy miesiące, obejmujące:

- 1) jonogram (sód, potas, magnez, fosfor, wapń);
- 2) glikemię;
- 3) lipidogram;
- 4) mocznik i kreatyninę;
- 5) morfologię z rozmazem;
- 6) próby wątrobowe: Aspat, Alat, GGTP, fosfatazę alkaliczną;
- 7) układ krzepnięcia (APTT, INR).

15. Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe winno być realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną; rodzaje diet, zasady opieki nad dostępem do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego oraz zasady podaży diety, a także zapobieganie, rozpoznawanie i postępowanie w przypadku powikłań winny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu oraz zaleceniami Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci.

16. Przy sprawowaniu opieki nad świadczeniobiorcami dorosłymi oraz dziećmi od 4. roku życia, którzy są nieprzytomni i żywieni dojelitowo lub pozajelitowo,

do dokumentacji medycznej załącza się skalę Glasgow, której wzór określony jest w **załączniku nr 4** do zarządzenia; skalę należy wypełnić na koniec każdego miesiąca.

§ 11. 1. Świadczenia w zakładzie opiekuńczym dla wentylowanych mechanicznie dotyczą świadczeniobiorców z niewydolnością oddechową, niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, lecz wymagających stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora i obejmują zapewnienie całodobowego, mechanicznego lub ciśnieniowego wspomagania oddechu.

2. Prowadzenie żywienia dojelitowego lub pozajelitowego w zakładzie opiekuńczym dla wentylowanych mechanicznie, wymaga spełnienia wymagań dotyczących leczenia żywieniowego, określonych w § 10.

§ 12. 1. Za zgodą lekarza oraz kierownika zakładu opiekuńczego, świadczeniobiorcy może być udzielona przepustka. W okresie korzystania z przepustki, świadczeniodawca wyposaża świadczeniobiorcę w leki oraz wyroby medyczne, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Świadczeniodawca odnotowuje w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, informację o przepustce, o której mowa w ust. 1. Czas przebywania świadczeniobiorcy na przepustce nie może przekroczyć 10% czasu pobytu w zakładzie danego świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym.

3. Do obliczenia czasu przebywania na przepustce, o którym mowa w ust. 2, uwzględnia się czas pobytu w szpitalu rozumiany jako czas przebywania w zakładzie.

4. W przypadku gdy w trakcie pobytu w zakładzie opiekuńczym, świadczeniobiorca zostanie skierowany i przyjęty do leczenia szpitalnego, po jego wypisaniu ze szpitala nie jest konieczne ponowne składanie wniosku o przyjęcie świadczeniobiorcy do zakładu.

Rozdział 5

Zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach domowych

§ 13. 1. Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej udzielane świadczeniobiorcom dorosłym, dzieciom i młodzieży, wentylowanym mechanicznie, są realizowane zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) zespół długoterminowej opieki domowej zapewnia objętym opieką świadczeniobiorcom z niewydolnością oddechową, wymagającym ciągłej lub okresowej terapii oddechowej za pomocą respiratora oraz stałego,

specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, lecz niewymagającym hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej, świadczenia wentylacji mechanicznej:

- a) inwazyjnej (prowadzonej przez rurkę tracheotomijną),
- b) nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy hełmy).

Świadczeniobiorcy powinni wyrazić świadomą zgodę na ten typ leczenia, a w przypadku dzieci zgodę wyraża opiekun prawny; dokument potwierdzający udzielenie zgody załącza się do dokumentacji medycznej;

- 2) świadczeniami zespołu długoterminowej opieki domowej mogą być objęci świadczeniobiorcy, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkolonego przynajmniej jednego członka rodziny albo opiekuna prawnego w zakresie pielęgnacji i obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy tak, aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo świadczeniobiorcy;
 - 3) do obowiązków zespołu długoterminowej opieki domowej należy:
 - a) wyposażenie świadczeniobiorców w niezbędny sprzęt medyczny,
 - b) stworzenie świadczeniobiorcom i ich opiekunom poczucia bezpieczeństwa przez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni tygodnia;
 - 4) wizyta członka zespołu jest każdorazowo potwierdzana przez świadczeniobiorcę albo członka jego rodziny albo opiekuna faktycznego lub prawnego, z zastosowaniem karty wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie, której wzór określony jest w **załączniku nr 5** do zarządzenia;
 - 5) lekarz zespołu długoterminowej opieki domowej udzielający świadczeń świadczeniobiorcom dorosłym, dzieciom i młodzieży, wentylowanym mechanicznie ustala parametry wentylacji mechanicznej, natomiast członek rodziny świadczeniobiorcy albo opiekun faktyczny lub prawny wpisuje czas trwania wentylacji w kartę wentylacji okresowej mechanicznej inwazyjnej lub nieinwazyjnej, której wzór określony jest w **załączniku nr 6** do zarządzenia;
 - 6) karta, o której mowa w pkt 5 jest wymagana wówczas, kiedy zlecona wentylacja świadczeniobiorcy ma być stosowana krócej niż 24 godz. na dobę.
2. Świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej udzielane są zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) pielęgniarska opieka długoterminowa stanowi opiekę nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych;
- 2) do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani świadczeniobiorcy przewlekle chorzy somatycznie i psychosomatycznie oraz psychicznie chorzy z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej, którzy w ocenie skalą Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów; w przypadku psychicznie chorych będących w ostrej fazie choroby, świadczenia zabezpieczone są zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1386 i 1610);
- 3) po otrzymaniu skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, które zawiera niezbędne informacje określone w **załączniku nr 7** do zarządzenia oraz karty oceny świadczeniobiorcy, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej ustala ze świadczeniobiorcą albo członkiem jego rodziny albo opiekunem faktycznym lub prawnym świadczeniobiorcy, termin pierwszej wizyty, w trakcie której dokonuje ponownej oceny stanu świadczeniobiorcy skalą Barthel oraz ustala plan opieki w oparciu o rozpoznane problemy pielęgnacyjne; pielęgniarka opieki długoterminowej zapoznaje świadczeniobiorcę oraz członka jego rodziny albo opiekuna faktycznego lub prawnego ze sporządzonym planem opieki oraz z zasadami zabezpieczenia środków medycznych niezbędnych do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych;
- 4) pielęgniarka zapewnia wyroby medyczne zgodnie z wyposażeniem nesesera pielęgniarskiego, o którym mowa w lp. 2 w części B *Sprzęt medyczny i pomocniczy* załącznika nr 4 do rozporządzenia; świadczeniobiorca albo członek jego rodziny albo opiekun faktyczny zapewnia środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;

- 5) zużyte w trakcie wykonywania czynności pielęgnacyjnych wyroby medyczne, mogące stanowić zagrożenie epidemiologiczne, świadczeniodawca realizujący świadczenie, obowiązany jest zabezpieczyć, przechowywać i utylizować zgodnie z odrębnymi przepisami;
- 6) w pielęgniarstwie długoterminowej domowej pielęgniarka wykonuje zgodnie z posiadanymi kompetencjami, czynności wynikające ze zleceń lekarskich oraz z ustalonego planu pielęgnacji;
- 7) wizyta pielęgniarki jest każdorazowo potwierdzana przez świadczeniobiorcę albo członka jego rodziny albo opiekuna faktycznego lub prawnego – z zastosowaniem „Karty wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”, której wzór określony jest w **załączniku nr 8** do zarządzenia;
- 8) podczas każdej wizyty w domu pacjenta pielęgniarka dokonuje w dokumentacji medycznej wpisu obserwacji pielęgniarstwach poświadczonych pieczęcią, własnoręcznym podpisem wraz z określeniem daty dokonanego wpisu;
- 9) każda wizyta pielęgniarki jest sprawozdawana w raporcie statystycznym z kodem 5.01.27.0800016 oraz datą zrealizowanej wizyty;
- 10) zlecenie, o którym mowa w pkt 6 dołącza się do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;
- 11) czynności, o których mowa w pkt 6, pielęgniarka sprawozdaje w raporcie statystycznym;
- 12) w okresie sprawowania opieki pielęgniarka monitoruje poziom samodzielności świadczeniobiorcy przy wykorzystaniu oceny według skali Barthel i w zależności od stwierdzonych zmian, modyfikuje realizowany dotychczas plan opieki; dokonanie zmian oraz informacje dotyczące przyczyn i zakresu dokonanych zmian pielęgniarka odnotowuje w prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;
- 13) ocena, o której mowa w pkt 12, odbywa się na koniec każdego miesiąca; w przypadku gdy świadczeniobiorca uzyskał więcej niż 40 punktów, Fundusz finansuje świadczenia do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego;
- 14) w przypadku stwierdzenia przez pielęgniarkę w trakcie wizyty u świadczeniobiorcy, zmian świadczących o pogorszeniu stanu zdrowia lub wystąpieniu powikłań, pielęgniarka obowiązana jest do:

- a) niezwłocznej konsultacji zaistniałej sytuacji z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca,
 - b) w razie konieczności - do wezwania zespołu ratownictwa medycznego;
- 15) pielęgniarka opieki długoterminowej domowej obowiązana jest do powiadomienia lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, do których świadczeniobiorca złożył deklarację wyboru, o terminie rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń oraz w ramach bieżącej współpracy w okresie objęcia opieką, o istotnych zmianach w stanie zdrowia świadczeniobiorcy, w tym takich, które skutkują ustaniem przyczyn kwalifikujących świadczeniobiorcę do pielęgniarskiej opieki długoterminowej;
- 16) powiadomienia, o których mowa w pkt 15, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej dokonuje w formie pisemnej lub za pośrednictwem poczty elektronicznej w ciągu 3 dni od dnia wyznaczenia terminu rozpoczęcia udzielania świadczeń albo faktycznego zakończenia udzielania świadczeń, a o istotnych zmianach w stanie zdrowia informuje w dniu ich stwierdzenia;
- 17) w przypadku, gdy termin pierwszej wizyty w ramach sprawowania pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej nie jest tożsamy z terminem rozpoczęcia realizacji zabiegów określonych na skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w tym iniekcji, zmiany opatrunków, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej, informuje świadczeniobiorcę o konieczności zgłoszenia się do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, w celu realizacji zleceń lekarskich;
- 18) pielęgniarka opieki długoterminowej domowej nie może realizować jednocześnie zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz zadań pielęgniarki w domu pomocy społecznej;
- 19) świadczenia pielęgniarskie wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji w godzinach od 20⁰⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego, zapewnia w ramach sprawowanej opieki świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej.

Rozdział 6

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 14. 1. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w Planie rzeczowo – finansowym, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do umowy, o której mowa w § 4.

2. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.

3. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku.

4. Świadczeniodawca składa do oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę, rachunek w formie pisemnej oraz raport statystyczny w formie elektronicznej w terminie do 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy rozliczenie. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.

5. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez oddział Funduszu.

6. Jednostką rozliczeniową świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych jest osobodzień.

7. Sposobem rozliczania udzielonych świadczeń jest zapłata za osobodzień.

8. Rachunek, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca może przesłać w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 15. 1. W przypadku świadczeniobiorców, o których mowa w § 10 ust. 2 przyjmuje się wartość osobodnia pobytu w zakładzie opiekuńczym jak dla świadczeniobiorców z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel.

2. W przypadku świadczeniobiorców żywionych dojelitowo przez zakład opiekuńczy, z wyłączeniem dzieci do ukończenia 3. roku życia, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,5**.

3. W przypadku żywionych dojelitowo przez zakład opiekuńczy dzieci i młodzieży od 4. roku życia oraz świadczeniobiorców dorosłych z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy jednocześnie w ocenie skalą Glasgow zawartą w załączniku nr 4, uzyskali 8 punktów lub mniej, albo dzieci do ukończenia 3. roku życia, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **2,6**.

4. W przypadku żywionych pozajelitowo przez zakład opiekuńczy świadczeniobiorców dorosłych z liczbą punktów od 0 do 40 w skali Barthel, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **3,5**.

5. W przypadku żywionych pozajelitowo przez zakład opiekuńczy, dzieci i młodzieży od 4. roku życia z liczbą punktów od 0 do 40 w skali Barthel, w tym również

nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow oraz dzieci do ukończenia 3. roku życia, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **4,2**.

6. W przypadku świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie i żywionych dojelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,2**.

7. W przypadku świadczeniobiorców dorosłych wentylowanych mechanicznie i żywionych pozajelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,6**.

8. W przypadku dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie i żywionych pozajelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,8**.

9. Współczynniki, o których mowa w ust. 2 – 8 przelicza się od ceny osobodnia ustalonej w umowie. Współczynniki te nie podlegają sumowaniu.

§ 16. W przypadku świadczeń zrealizowanych przez zespół długoterminowej opieki domowej dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie, dla wartości każdego osobodnia przyjmuje się następujące współczynniki korygujące:

- 1) współczynnik korygujący 1,0 – w przypadku świadczeniobiorców wentylowanych metodą inwazyjną oraz metodą nieinwazyjną w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych oraz w przypadku dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
- 2) współczynnik korygujący 0,7 – w przypadku świadczeniobiorców wentylowanych metodą nieinwazyjną, z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych.

§ 17. Przedstawiając świadczenia do zapłaty, świadczeniodawca obowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

- 1) do rozliczenia pobytów w zakładach stacjonarnych i opieki domowej wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane; przez osobodzień „faktycznie wykonany” rozumie się każdy rozpoczęty osobodzień pobytu w zakładzie stacjonarnym i opiece domowej;
- 2) dzień przyjęcia do opieki i dzień jej zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień;

- 3) w przypadku okresowego pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu, trwającego nie dłużej niż 15 kolejnych dni, zakład opiekuńczy utrzymuje przez ten okres rezerwację łóżka dla świadczeniobiorcy; w okresie rezerwacji łóżka, Fundusz finansuje 15% wartości osobodnia; po tym czasie, ponowne przyjęcie świadczeniobiorcy do zakładu wymaga uzgodnienia terminu pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą albo członkiem jego rodziny albo opiekunem faktycznym lub prawnym;
- 4) jeżeli świadczeniobiorca przebywa na przepustce, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym;
- 5) świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego może rozliczyć w okresie sprawozdawczym świadczenia udzielone przez jedną pielęgniarkę:
 - a) świadczeniobiorcom przebywającym pod tym samym adresem zamieszkania w szczególności w domu pomocy społecznej, albo
 - b) świadczeniobiorcom przebywającym pod różnymi adresami zamieszkania, albo
 - c) świadczeniobiorcom, których część przebywa pod tym samym adresem, a część pod różnymi adresami zamieszkania;
- 6) dopuszczalną liczbę świadczeniobiorców objętych opieką jednocześnie przez pielęgniarkę w ramach jednego etatu przeliczeniowego, którzy przebywają:
 - a) pod tym samym adresem zamieszkania, albo
 - b) pod różnymi adresami zamieszkania- określa rozporządzenie;
- 7) dopuszczalną liczbę świadczeniobiorców objętych opieką jednocześnie przez pielęgniarkę w ramach jednego etatu przeliczeniowego, których część przebywa pod tym samym adresem, a część pod różnymi adresami zamieszkania, określa **załącznik nr 9** do zarządzenia.

§ 18. 1. W zakładach opiekuńczych Fundusz nie finansuje kosztów wyżywienia i zakwaterowania z wyłączeniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego kompletną dietą przemysłową, które finansowane jest w ramach kompleksowego świadczenia w cenie za osobodzień.

2. W przypadku udzielania w ramach sprawowanej opieki, świadczeń w rodzaju:

- 1) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, z wyłączeniem:

- a) żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie,
 - b) tlenoterapii w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie oraz zespołu długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie dorosłych, dzieci i młodzieży;
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez lekarzy zatrudnionych w zakładach opiekuńczych, posiadających specjalizacje lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinach medycyny określonych w przepisach rozporządzenia;
 - 3) leczenie stomatologiczne;
 - 4) rehabilitacja lecznicza, z wyłączeniem rehabilitacji leczniczej wykonywanej w warunkach domowych w przypadku zakresów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w których istnieje wymóg zatrudnienia fizjoterapeuty;
 - 5) leczenie szpitalne, w zakresie: programy zdrowotne i lekowe
- możliwe jest rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie na podstawie odrębnych umów.

3. Wydane zalecenia dotyczące leczenia farmakologicznego oraz wydane zlecenia na wyroby medyczne, stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym, wymienione w przepisach rozporządzenia w przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowane są przez zakład opiekuńczy, w którym przebywa świadczeniobiorca.

§ 19. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w umowie.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do rozliczenia wykonanych świadczeń w raporcie statystycznym dotyczącym miesiąca, w którym świadczenia te zostały zrealizowane i wystawienia rachunku, zgodnie z zasadami określonymi w umowie. Należność z tytułu realizacji umowy rozliczana jest zgodnie z metodami finansowania określonymi dla poszczególnych zakresów świadczeń i przyjętymi umową.

3. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych w umowie.

Rozdział 7

Postanowienia końcowe

§ 20. Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od dnia 1 stycznia 2015 r.

§ 21. Z dniem 31 grudnia 2014 r. traci moc zarządzenie Nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

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

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Tadeusz Jędrzejczyk