

Porównanie projektu Zarządzenia i Zarządzenia Nr 87/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Projekt zarządzenia	Zarządzenie
<p style="text-align: center;">ZARZĄDZENIE Nr/2013/DSOZ PREZESA NARODOWGO FUNDUSZU ZDROWIA</p> <p style="text-align: center;">z dnia..... 2013 r.</p> <p style="text-align: center;">w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej</p> <p>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</p>	<p style="text-align: center;">ZARZĄDZENIE Nr 87/2013/DSOZ PREZESA NARODOWGO FUNDUSZU ZDROWIA</p> <p style="text-align: center;">z dnia 18 grudnia 2013 r.</p> <p style="text-align: center;">w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej</p> <p>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.</p>

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm¹⁾) 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

1027, z późn. zm²⁾) 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** – jednostkowa miara służąca do rozliczenia świadczeń, o których mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia;

Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 4) **osobodzień** – jednostkowa miara służąca do rozliczenia świadczeń, o których mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia;
- 5) **przepustka** – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym, bez potrzeby wypisywania go z zakładu;
- 6) **świadczenia**- świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, realizowane w warunkach stacjonarnych i domowych;**(wykreślono w zarządzeniu)**
- 7) **świadczenia wykonywane w warunkach domowych** - świadczenie udzielane w miejscu zamieszkania lub czasowego pobytu świadczeniobiorcy; w tym w domach pomocy społecznej **z wyłączeniem pobytu w stacjonarnych zakładach opiekuńczych; (wykreślono w zarządzeniu)**
- 8) **ustawa** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

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);**(dodano)**

7) **skala Barthel**– skala oceny poziomu samodzielności świadczeniobiorcy, o której mowa § 5 ust. 1 rozporządzenia, określona w załączniku nr 2, stanowiącym wzór karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego/przebywającego w zakładzie opiekuńczym;**(dodano)**

8) świadczenie wykonywane w warunkach domowych – świadczenie gwarantowane, o którym mowa w § 6 rozporządzenia, **(dodano)** udzielane w miejscu zamieszkania lub czasowego pobytu świadczeniobiorcy; w tym, w przypadku pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, także w domach pomocy społecznej; **(zmiana brzmienia)**

9) **ustawa** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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 Ministra Zdrowia z dnia ... 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz....) zwanym dalej „rozporządzeniem”.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. Przedmiot postępowania, o którym mowa w § 1 stanowi wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą realizowali świadczenia w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

§ 4. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń stanowi:
1) realizacja świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz;

10) 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. (zmiana brzmienia)**

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. **(zmiana brzmienia)**

§ 4. 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 3, stanowi realizacja świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach stacjonarnych lub domowych, w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia, finansowanych przez Fundusz. **.(zmiana brzmienia)**

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

<p>2) zasady rozliczania udzielonych świadczeń.</p> <p>2. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.</p> <p>3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.</p> <p>§ 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 przepisach odrębnych.</p> <p>§ 6. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (DZ. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:</p> <ol style="list-style-type: none">1) 85110000-3 - Usługi szpitalne i podobne;2) 85141210-4 - Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych;	<p>zarządzenia.(dodano)</p> <p>3. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.</p> <p>4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.</p> <p>§ 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 przepisach odrębnych.</p> <p>§ 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:</p> <ol style="list-style-type: none">5) 85110000-3 – Usługi szpitalne i podobne;6) 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. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w niniejszym zarządzeniu oraz przepisach odrębnych.

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

- 7) 85144000-0 – Usługi placówek opieki zdrowotnej zapewniających zakwaterowanie;
- 8) 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. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w niniejszym zarządzeniu oraz przepisach odrębnych.

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

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 spełniać wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane w warunkach domowych, realizowane są

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 spełniać wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia.

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:

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/ 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/ opiekuńczo – leczniczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również dla wentylowanych mechanicznie oraz zespołu

1) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, z wyłączeniem:

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

d) tlenoterapii w warunkach domowych, w przypadku zakresu świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/ 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;

7) ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez lekarzy zatrudnionych w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych/ opiekuńczo-leczniczych, posiadających specjalizacje lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinach medycyny określonych w przepisach rozporządzenia;

8) leczenie stomatologiczne.

§ 9. 1. Świadczeniodawca udziela świadczeń zgodnie z

<p>długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie dorosłych, dzieci i młodzieży;</p> <p>2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez lekarzy zatrudnionych w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych/ opiekuńczo-leczniczych, posiadających specjalizacje lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinach medycyny określonych w przepisach rozporządzenia;</p> <p>3) leczenie stomatologiczne.</p> <p>§ 9. 1. Świadczeniodawca udziela świadczeń zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.</p> <p>2. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.</p> <p>3. Świadczeniodawca obowiązany jest do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.</p> <p>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.</p>	<p>harmonogramem stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.</p> <p>4. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.</p> <p>5. Świadczeniodawca obowiązany jest do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.</p> <p>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.</p> <p>5. Świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy.</p> <p>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.</p> <p>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</p>
---	---

5. Świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiające 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 wniosek, 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. Świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie oraz warunkami określonymi w

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.(dodano)

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

niniejszym zarządzeniu.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych

§ 10.1. Do zakładu opiekuńczego może zostać przyjęty świadczeniobiorca z rozpoznaniem choroby przewlekłej, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, który w ocenie skalą Barthel, o której mowa w § 5 rozporządzenia, uzyskał 40 punktów lub mniej.

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 opiekuńczo-leczniczy może być skierowany weteran poszkodowany, na podstawie opinii konsultanta ochrony zdrowia, niezależnie od oceny jego skali samodzielności określonej stosownie do przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 31 d ustawy.

3. Sprawowanie przez zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy i opiekuńczo – leczniczy opieki nad świadczeniobiorcami, o których mowa w ust. 1, możliwe jest

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych

§ 10. 1. Do **zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego i opiekuńczo-leczniczego(zmiana brzmienia)**, zwanych dalej „zakładami opiekuńczymi”, 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**(zmiana brzmienia)**, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej; **ocena skalą Barthel nie jest stosowana u dzieci do ukończenia 3. roku życia.**
.(dodano)

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 opiekuńczo-leczniczy może być skierowany weteran poszkodowany, na podstawie opinii konsultanta ochrony zdrowia, niezależnie od oceny jego skali samodzielności określonej stosownie do przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

pod warunkiem spełnienia przez świadczeniodawcę wymogów określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia oraz w rozporządzeniu.

4. 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 zaprzestaje finansowania na koniec kolejnego miesiąca kalendarzowego. Ponowne skierowanie do zakładu jest możliwe w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

5. Zadaniem zakładu opiekuńczego jest:

- 1) okresowe objęcie całodobową pielęgnacją;
- 2) rehabilitacja;
- 3) kontynuacja leczenia świadczeniobiorców przewlekle chorych i świadczeniobiorców, którzy przebyli leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego a nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym, jednak ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej,

3. Sprawowanie przez zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy i opiekuńczo – leczniczy 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. **(zmiana brzmienia)**

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 rehabilitację;
 - 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.

potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitację, powinni przebywać w zakładzie opiekuńczym.

6. Kontynuacja leczenia oznacza dalsze postępowanie lecznicze, w tym również żywienie dojelitowe i pozajelitowe, odpowiadające stanowi zdrowia świadczeniobiorcy, w tym podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych, niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym, według indywidualnej oceny lekarza zakładu opiekuńczego.

7. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia:

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

8. 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

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. **(zmiana brzmienia stylistyczna)**

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 zaprzestaje finansowania świadczeń na koniec 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. 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

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 masy ciała w przypadku osoby dorosłej.

9. Żywnienie dojelitowe może być zastosowane u chorych, u których wytworzono dostęp sztuczny do przewodu pokarmowego, gdyż nie jest możliwe odżywianie drogą doustną przy zachowanej czynności przewodu pokarmowego.

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

11. 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

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 masy ciała w przypadku osoby dorosłej.

9. Żywnienie dojelitowe może być zastosowane u chorych, u których wytworzono dostęp sztuczny do przewodu pokarmowego, gdyż nie jest możliwe odżywianie drogą doustną przy zachowanej czynności przewodu pokarmowego.

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

11. 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.

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.

12. Przy żywieniu drogą inną niż naturalna, świadczeniodawca wykonuje badania zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta, nie rzadziej niż 1 raz na 3 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).

13. Żywienie 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

12. Przy żywieniu drogą inną niż naturalna, świadczeniodawca wykonuje badania zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta, nie rzadziej niż 1 raz na 3 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).

13. Żywienie 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.

14. Przy sprawowaniu opieki nad świadczeniobiorcami dorosłymi oraz dziećmi od 4. roku życia, którzy są nieprzytomni i żywności dojelitowo lub pozajelitowo, wymaga się dołączenia do dokumentacji

powikłań winny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego oraz zaleceniami Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci.

14. Przy sprawowaniu opieki świadczeniobiorcom dorosłym i dzieciom od 4. roku życia, którzy są nieprzytomni i żywni dojelitowo lub pozajelitowo wymaga się dołączenia do dokumentacji medycznej skali Glasgow, której wzór stanowi **załącznik nr 4 oraz 4a do zarządzenia wykreślono załącznik 4a w zarządzeniu – Pediatria Skala Glasgow**)); skalę należy wypełniać na koniec każdego miesiąca.

§ 11. 1. Świadczenia w zakładzie opiekuńczym udzielane świadczeniobiorcom dorosłym, dzieciom i młodzieży wentylowanym mechanicznie obejmują zapewnienie całodobowego, mechanicznego lub ciśnieniowego wspomaganie oddechu u świadczeniobiorców z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii.

medycznej skali Glasgow, której wzór określony jest **w załączniku nr 4 do zarządzenia (wykreślono załącznik 4a Pediatria Skala Glasgow, który był w projekcie)**; skalę należy wypełniać 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 wspomaganie 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. (dodano)**

2. Świadczeniodawca odnotowuje w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, informację o przepustce, o której mowa w

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 i wyroby medyczne i środki pomocnicze.

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

3. W przypadku gdy w trakcie pobytu w zakładzie, 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

ust. 1. Czas przebywania świadczeniobiorcy na przepustce nie może być dłuższy niż 10% czasu pobytu w zakładzie danego świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym.

3. 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 świadczeńpielęgnacyjnych 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 realizuje opiekę nad świadczeniobiorcami z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheotomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy kaski), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej, niewymagającej hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej. Wymagającymi jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji; świadczeniobiorcy powinni wyrazić świadomą zgodę na ten typ leczenia, a w przypadku dzieci zgodę powinien

Zasady udzielania świadczeńpielęgnacyjnych 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 powinien wyrazić opiekun prawny; zgoda ta jest częścią dokumentacji

wyrazić opiekun prawny; zgoda ta jest częścią dokumentacji medycznej;

2) świadczeniami zespołu długoterminowej opieki domowej mogą być objęci świadczeniobiorcy, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) 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 chorych w niezbędny sprzęt medyczny,

b) stworzenie chorym i ich opiekunom poczucia bezpieczeństwa poprzez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni w tygodniu;

4) wizyta członka zespołu jest potwierdzana przez

medycznej;(zmiana brzmienia stylistyczna)

2) świadczeniami zespołu długoterminowej opieki domowej mogą być objęci świadczeniobiorcy, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) 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:

c) wyposażenie chorych w niezbędny sprzęt medyczny,

d) stworzenie chorym i ich opiekunom poczucia bezpieczeństwa poprzez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 godziny na dobę we wszystkie dni w tygodniu;

4) wizyta członka zespołu jest każdorazowo potwierdzana przez chorego lub jego rodzinę albo opiekuna faktycznego, z zastosowaniem karty wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie, której wzór określony jest w **załączniku nr5** do zarządzenia;

5) lekarz zespołu długoterminowej opieki domowej

chorego lub jego rodzinę albo opiekuna faktycznego, z zastosowaniem karty wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie, której wzór określony został w **załączniku Nr5** do zarządzenia;

5) lekarz zespołu długoterminowej opieki domowej udzielający świadczeń świadczeniobiorcom dorosłym, dzieciom i młodzieży, wentylowanym mechanicznie ustala parametry wentylacji mechanicznej, natomiast rodzina chorego wpisuje czas trwania wentylacji w kartę wentylacji okresowej mechanicznej inwazyjnej lub nieinwazyjnej, której wzór określony został w **załączniku Nr6** do zarządzenia;

6) karta, o której mowa w pkt 5 jest wymagana wówczas, kiedy zlecona wentylacja świadczeniobiorcy ma się odbywać krócej niż 24 godz. na dobę.

2. Świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej udzielane są zgodnie z następującymi zasadami:

udzielający świadczeń świadczeniobiorcom dorosłym, dzieciom i młodzieży, wentylowanym mechanicznie ustala parametry wentylacji mechanicznej, natomiast rodzina chorego wpisuje czas trwania wentylacji w kartę wentylacji okresowej mechanicznej inwazyjnej lub nieinwazyjnej, której wzór określony jest w **załączniku nr6** do zarządzenia;

6) karta, o której mowa w pkt 5 jest wymagana wówczas, kiedy zlecona wentylacja świadczeniobiorcy ma się odbywać krócej niż 24 godz. na dobę.

3. Świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej udzielane są zgodnie z następującymi zasadami:

1)pielęgniarstwa opieka długoterminowa jest to opieka nad

- 1) pielęgnarska opieka długoterminowa jest to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych;
- 2) do pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani świadczeniobiorcy przewlekle chorzy somatycznie i psychosomatycznie oraz psychicznie chorzy z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej, **niezdolni do samoopieki i samopielęgnacji(wykreślone w zarządzeniu)** , 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

- przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych;
- 2) do pielęgnarskiej 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);
 - 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

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....);

- 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 lub rodziną albo opiekunem faktycznym 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 jego rodzinę lub opiekunów faktycznych

rozporządzenia, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej ustala ze świadczeniobiorcą lub rodziną albo opiekunem faktycznym 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 jego rodzinę lub opiekunów faktycznych 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 załączniku nr 4 część III ust. 2 rozporządzenia; świadczeniobiorca lub jego rodzina 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;

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 załączniku nr 4 część III ust. 2 rozporządzenia; świadczeniobiorca lub jego rodzina 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 pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej pielęgniarka wykonuje czynności pielęgnarskie, tzn. takie, których nie może

6) w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej pielęgniarka wykonuje zgodnie z posiadanymi kompetencjami, czynności wynikające ze zleceń lekarskich oraz z ustalonego planu

wykonać inna osoba, niż pielęgniarka z ważnym prawem wykonywania zawodu (np. iniekcje, cewnikowanie) oraz czynności pielęgnacyjne (opiekuńcze i higieniczne), które może wykonać inna osoba niż pielęgniarka, wynikające z ustalonego planu pielęgnacji;**(wykreślone w zarządzeniu)**

- 7) świadczenia pielęgniarские wymienione w załączniku nr 8 do zarządzenia mogą być realizowane na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego; jeżeli świadczeniobiorca nie posiada skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarka uprawniona jest do wykonania czynności pielęgniarских zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540); **wykreślone w zarządzeniu)**

pielęgnacji**(nowe brzmienie)**;

7) po wykonaniu czynności, o których mowa w pkt 6, fakt ich zrealizowania pielęgniarka odnotowuje w karcie czynności wykonanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej, stanowiącej **załącznik nr 8** do zarządzenia, wraz z określeniem daty ich wykonania, co zostaje potwierdzone podpisem świadczeniobiorcy lub jego rodziny albo opiekuna faktycznego;

8) podczas wizyty w domu pacjenta pielęgniarka dokonuje w dokumentacji medycznej wpisu obserwacji pielęgniarских poświadczonych pieczęcią, własnoręcznym podpisem wraz z określeniem daty dokonania wpisu;

9) **zlecenie(zmiana brzmienia)**, o którym mowa w pkt 6 dołącza się do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;

10) czynności, o których mowa w pkt 6, pielęgniarka sprawozdaje w raporcie statystycznym;

11) w okresie sprawowania opieki pielęgniarka monitoruje stan świadczeniobiorcy przy wykorzystaniu oceny według skali Barthel i w zależności od stwierdzonych zmian, modyfikuje realizowany dotychczas plan opieki; fakt dokonania zmian oraz informacje dotyczące przyczyn i zakresu dokonanych zmian pielęgniarka odnotowuje w prowadzonej dokumentacji medycznej

- 8) po wykonaniu czynności, o których mowa w pkt 6, fakt ich zrealizowania pielęgniarka odnotowuje w karcie czynności pielęgniarstwa dla pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, stanowiącej **załącznik nr 8** do zarządzenia, wraz z określeniem dat wykonanych czynności, co zostaje potwierdzone podpisem świadczeniobiorcy lub jego rodziny albo opiekuna faktycznego;
- 9) podczas wizyty w domu pacjenta pielęgniarka dokonuje w dokumentacji medycznej wpisu obserwacji pielęgniarstwa poświadczonych pieczęcią, własnoręcznym podpisem wraz z określeniem daty dokonania wpisu;
- 10) skierowanie(zmiana na słowo zlecenie w zarządzeniu), o którym mowa w pkt 7 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 stan świadczeniobiorcy przy

świadczeniobiorcy;

12) ocena, o której mowa w pkt 11, odbywa się na koniec każdego miesiąca; w przypadku gdy świadczeniobiorca uzyskał więcej niż 40 punktów, Fundusz zaprzestaje finansowania za kolejny miesiąc kalendarzowy;

13) w przypadku stwierdzenia przez pielęgniarkę w trakcie wizyty świadczeniobiorcy, zmian w jego stanie zdrowia świadczących o zaostrzeniu choroby lub wystąpieniu powikłań, pielęgniarka obowiązana jest do:

c) niezwłocznej konsultacji zaistniałej sytuacji z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca,

d) w razie konieczności - do wezwania zespołu ratownictwa medycznego

14) pielęgniarka opieki długoterminowej domowej obowiązana jest do powiadomienia lekarza i pielęgniarstwa 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

wykorzystaniu oceny według skali Barthel i w zależności od stwierdzonych zmian, modyfikuje realizowany dotychczas plan opieki; fakt dokonania 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 zaprzestaje finansowania za kolejny miesiąc kalendarzowy;

14) w przypadku stwierdzenia przez pielęgniarkę w trakcie wizyty u świadczeniobiorcy, zmian w jego stanie zdrowia świadczących o zaostrzeniu choroby lub wystąpieniu powikłań, obowiązana jest ona do:

a) niezwłocznej konsultacji zaistniałej sytuacji z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca,

skutkują ustaniem przyczyn kwalifikujących świadczeniobiorcę do pielęgniarstwa długoterminowego;

15) powiadomienia, o których mowa w pkt 14, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej dokonuje w formie pisemnej lub za pośrednictwem poczty elektronicznej w ciągu 3 dni, a o istotnych zmianach w stanie zdrowia informuje w dniu ich stwierdzenia;

16) w przypadku, gdy termin pierwszej wizyty w ramach sprawowania pielęgniarstwa długoterminowego domowej jest rozbieżny z terminem rozpoczęcia realizacji zabiegów określonych na skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w tym iniekcje, zmiana opatrunków, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej, informuje świadczeniobiorcę o konieczności zgłoszenia się do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, w celu realizacji zleceń lekarskich;

17) pielęgniarka opieki długoterminowej domowej nie może realizować jednocześnie zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz zadań pielęgniarki w domu pomocy społecznej;

18) świadczenia pielęgniarstwa wynikające z zachowania

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 deklaracje 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, a o istotnych zmianach w stanie zdrowia informuje w dniu ich stwierdzenia;

17) w przypadku, gdy termin pierwszej wizyty w ramach sprawowania pielęgniarskiej opieki

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.

długoterminowej domowej, jest rozbieżny z terminem rozpoczęcia realizacji zabiegów określonych na skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w tym iniekcje, zmiana 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 20 do 8 (rano) 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.

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.

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. (dodano)

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

6. Jednostką rozliczeniową w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych jest osobodzień.

7. Sposobem rozliczania świadczeń jest zapłata za osobodzień.

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

2. W przypadku świadczeniobiorców żywionych dojelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,5**.

3. W przypadku świadczeniobiorców dorosłych z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy w ocenie skalą Glasgow zawartą w załączniku nr 4, uzyskali 8 punktów lub mniej i żywieni są dojelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **2,6. Od dnia przekroczenia 0**

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 Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.(dodano)**

§ 15. 1. W przypadku świadczeniobiorców, o których mowa w § 10 ust. 2 przyjmuje się wartość osobodnia pobytu w ZOL/ZPO jak dla pacjentów 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(dodano)**, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,5**.

3) W przypadku żywionych dojelitowo przez zakład opiekuńczy, **dzieci i młodzieży(dodano)** 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.**

punktów w skali Barthel albo 8 punktów w skali Glasgow, dla wartości osobodnia nie stosuje się współczynnika korygującego 2,6. **(wykreślono zapis ten z zarządzeniu)**

4. W przypadku dzieci i młodzieży, z liczbą punktów 0 w skali Barthel którzy w ocenie skalą Glasgow zawartą w załączniku nr 4, uzyskali 8 punktów lub mniej oraz dzieci nieprzytomnych do ukończenia 4. roku życia, które w ocenie Pediatriczną Skalą Glasgow, zawartą w załączniku nr 4a, uzyskały 8 punktów lub mniej, żywionych dojelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący 2,6. Od dnia przekroczenia 0 punktów w skali Barthel albo 8 punktów w skali Glasgow, dla wartości osobodnia nie stosuje się współczynnika korygującego 2,6. **(wykreślono zapis ten z zarządzeniu)**

5. W przypadku świadczeniobiorców z liczbą punktów od 0 do 40 w skali Barthel żywionych pozajelitowo przez zakład opiekuńczy, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, dla wartości każdego

roku **(dodano)** 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**.

6.W przypadku dzieci i młodzieży z liczbą punktów od 0 do 40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3. roku życia żywionych pozajelitowo przez zakład opiekuńczy w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow oraz **dzieci nieprzytomnych do ukończenia 4. roku życia,(zmiana brzmienia)**które w ocenie Pediatriczną Skalą Glasgow, uzyskały 8 punktów lub mniej, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **4,2**.

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

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

9.W przypadku dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie i żywionych pozajelitowo przez zakład

osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **3,5**.

5) W przypadku żywionych pozajelitowo przez zakład opiekuńczy, dzieci i młodzieży **od 4. roku życia (zmiana brzmienia)**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 – 9 przelicza się od ceny osobodnia ustalonej w umowie. Współczynniki te nie podlegają

opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,8**.

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

§16. W przypadku świadczeń zrealizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej, za wykonane czynności pielęgnacyjne i co najmniej jedną czynność pielęgniarską, o której mowa w § 13 ust. 2 pkt 6 i 7, dla wartości osobodnia, w którym została wykonana czynność pielęgniarska, nie stosuje się współczynnika korygującego.

sumowaniu.

Zapis zawarty w §16 projektu (patrz obok został wykreślony w Zarządzeniu) Został on zastąpiony przez następujące zapisy:

§ 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;
- 2) współczynnik korygujący 0,7 – w przypadku świadczeniobiorców wentylowanych metodą nieinwazyjną.

§ 17.1. W przypadku świadczeń zrealizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej, za wykonane świadczenia zgodnie z ustalonym planem opieki, w tym, co najmniej jedno z wymienionych w pkt 2 i 3 załącznika nr 8 do zarządzenia, dla wartości osobodnia, w którym zostało wykonane, stosuje się:

- 1) współczynnik korygujący 1,0 - w przypadku świadczeń

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

udzielonych świadczeniobiorcom przebywającym pod różnymi adresami zamieszkania;

- 2) współczynnik korygujący 0,6 - w przypadku świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom przebywającym pod tym samym adresem zamieszkania, (np. w domu pomocy społecznej).

2. W przypadku świadczeń zrealizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej, za wykonane pozostałe świadczenia, o których mowa w pkt 4. załącznika nr 8 do zarządzenia, dla wartości osobodnia, w którym zostały wykonane oraz osobodnia, w których nie odbyła się wizyta pielęgniarki (była zachowana dostępność w godzinach od 8⁰⁰ do 20⁰⁰), stosuje się:

- 1) współczynnik korygujący 0,7 - w przypadku świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom przebywającym pod różnymi adresami zamieszkania;
- 2) współczynnik korygujący 0,4 - w przypadku świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom przebywającym pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej).

§ 18. 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 opiekuńczo – leczniczy i zakład pielęgnacyjno - opiekuńczy ma obowiązek utrzymywać 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 lub jego rodziną albo opiekunem;

- 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 opiekuńczo – leczniczy i zakład pielęgnacyjno - opiekuńczy ma obowiązek utrzymywać 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 lub jego rodziną albo opiekunem;
- 4) jeżeli świadczeniobiorca przebywa na przepustce, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczo – leczniczym, pielęgnacyjno – opiekuńczym;
- 5) świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie

- 4) jeżeli świadczeniobiorca przebywa na przepustce, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczo – leczniczym, pielęgnacyjno – opiekuńczym;
- 5) świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń w zakresie pielęgniarstwa długoterminowej domowej może rozliczyć w okresie sprawozdawczym świadczenia udzielone przez jedną pielęgniarkę:
 - a) świadczeniobiorcom przebywającym pod tym samym adresem zamieszkania np. 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:

świadczeń w zakresie pielęgniarstwa długoterminowej domowej może rozliczyć w okresie sprawozdawczym świadczenia udzielone przez jedną pielęgniarkę:

- a) świadczeniobiorcom przebywającym pod tym samym adresem zamieszkania np. 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:
 - c) pod tym samym adresem zamieszkania, albo
 - d) 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,

- 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 które, finansowane jest w ramach kompleksowego świadczenia w cenie za osobodzień.

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

1) odrębnie kontraktowanych z wyłączeniem:

- a) żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczym/ opiekuńczo – leczniczym dla

określa **załącznik nr 9** do zarządzenia.

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

3. W przypadku udzielania w ramach sprawowanej opieki, świadczeń:

4) odrębnie kontraktowanych z wyłączeniem:

- c) żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczym/ opiekuńczo – leczniczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie,

- d) tlenoterapii w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczym/ opiekuńczo – leczniczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie oraz zespołu długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie dorosłych, dzieci i młodzieży;

- 5) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez lekarzy zatrudnionych w

<p>dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie;</p> <p>b) tlenoterapii w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno - opiekuńczym/ opiekuńczo – leczniczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie oraz zespołu długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie dorosłych, dzieci i młodzieży;</p> <p>2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez lekarzy zatrudnionych w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych/ opiekuńczo – leczniczych, posiadających specjalizacje lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinach medycyny określonych w przepisach rozporządzenia;</p> <p>3) opieki stomatologicznej</p> <p>- możliwe jest rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie na podstawie odrębnych umów.</p> <p>3. Wydane zalecenia dotyczące leczenia</p>	<p>zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych/ opiekuńczo – leczniczych, posiadających specjalizacje lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinach medycyny określonych w przepisach rozporządzenia;</p> <p>6) opieki stomatologicznej</p> <p>- możliwe jest rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie na podstawie odrębnych umów.</p> <p>3. Wydane zalecenia dotyczące leczenia farmakologicznego, w przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowane są przez zakład opiekuńczy, w którym przebywa świadczeniobiorca.</p>
---	--

farmakologicznego, w przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowane są przez zakład, 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 umową.

§ 20. 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 10
Postanowienia końcowe

Rozdział 10
Postanowienia końcowe

§ 21. W okresie od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. w świadczeniach pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej – dla wartości każdego osobodnia przyjmuje się następujące współczynniki korygujące:

- 1) w przypadku świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przebywającym pod różnymi adresami zamieszkania – współczynnik korygujący 1,0;
- 2) w przypadku świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom przebywającym pod tym samym adresem zamieszkania – współczynnik korygujący 0,4.

§ 22. 1. Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od dnia 1 stycznia 2014 r., z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Przepisy § 17 stosuje się do zawierania i realizacji umów, począwszy od dnia 1 stycznia 2015 r. **(dodano)**

§ 20. Z dniem 31 grudnia 2013 r. traci moc zarządzenie Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej.

§ 21. Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczących udzielania świadczeń od dnia 1 stycznia 2014 r. (zapis nie został wprowadzony do zarządzenia w związku z wpisaniem w zarządzeniu § 21 i § 22)

§ 22. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Załącznik nr 2 w projekcie zarządzenia – umowa o udzielanie świadczeń

§ 23. Z dniem 31 grudnia 2013 r. traci moc zarządzenie Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej.

§ 24. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

W związku ze zmianą dotyczącą współczynników, czasu obowiązywania zarządzenia doszło do odpowiednich zmian w załączniku nr 1- do zarządzenia katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych

W zakresie załącznika nr 2 do zarządzenia – umowa o udzielanie świadczeń zmienił się jedynie § 6 i § 7 umowy

§ 6.

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

KARY UMOWNE

§ 7.

1. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych finansowanych w całości lub w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.”
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept

§ 6.

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

KARY UMOWNE

§ 7.

- 1) **W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.(dodano)**
- 2) W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych finansowanych w całości lub w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość

wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych finansowane w całości lub w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji. **(zapis nie znalazł się w zarządzeniu)**
4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Oddział Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
5. Kary umowne, o których mowa w ust. 1- 4, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

- 3) W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
6. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Oddział Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
7. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 4, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

Załącznik nr 3 do projektu zarządzenia –wymagania kwalifikacyjne

1) **wszystkie** zatrudnione pielęgniarki posiadają ukończoną specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie wymienionej w załączniku nr 4 część III, pkt 1 rozporządzenia (**100% zatrudnionych pielęgniarek**)

2) **wszystkie** zatrudnione pielęgniarki posiadają udokumentowane co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy w opiece w środowisku domowym, można również uwzględnić pracę w domu pomocy społecznej na stanowisku pielęgniarki (**100% zatrudnionych pielęgniarek**)

W załączniku nr 3 do zarządzenia zmiana dotyczy wymagań kwalifikacyjnych pielęgniarek dodatkowo ocenianych

1) ukończona specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie wymienionej w załączniku nr 4 część III, pkt 1 rozporządzenia - **powyżej 50 % zatrudnionych pielęgniarek legitymujących się w/w kwalifikacjami,**

2) co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy zawodowej związanej z udzielaniem świadczeń w opiece realizowanej w środowisku domowym (do okresu doświadczenia możliwe zaliczenie pracy w domu pomocy społecznej na stanowisku pielęgniarki) - **powyżej 50% zatrudnionych pielęgniarek legitymujących się w/w doświadczeniem zawodowym.**

Załączniki nr 4, 5, 6,7, 9 do zarządzenia nie zmieniły się (brzmienie takie jak w projekcie zarządzenia). Natomiast w zarządzeniu wykreślono zawarty wcześniej w projekcie Załącznik nr 4a- Pediatria Skala Glasgow

W związku z wykreśleniem w Zarządzeniu podziału na czynności pielęgniarskie i pielęgnacyjne odpowiednim zmianom uległ załącznik nr 8 – Karta czynności wykonywanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej