

ZARZĄDZENIE Nr 60/2016/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 29 czerwca 2016 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.¹⁾), zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawierania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) **ogólne warunki umów** – warunki umów określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 4) **osobodzień** – jednostkowa miara służąca do sprawozdawania świadczeń określonych w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65 i 652.

- 5) **przepustka** – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym, bez potrzeby wypisywania go z zakładu;
- 6) **punkt** – jednostkowa miara służąca do określenia wartości świadczenia sprawozdawanego określonego w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia;
- 7) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy;
- 8) **rozporządzenie** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wydane na podstawie art. 31d ustawy;
- 9) **skala Barthel** – skala oceny poziomu samodzielności świadczeniobiorcy, o której mowa:
 - a) w załączniku nr 2 do rozporządzenia, który określa wzór karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego albo przebywającego w zakładzie opiekuńczym, oraz
 - b) w załączniku nr 3 do rozporządzenia, który określa wzór karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia lub objętego pielęgniarstwą opieką długoterminową domową;
- 10) **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 z wyłączeniem pobytu w stacjonarnych podmiotach wykonujących działalność leczniczą;
- 11) **weteran poszkodowany** – weteran, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203);
- 12) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu oraz w ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju świadczeń: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

2. 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.

§ 4. 1 Postępowanie, o którym mowa w § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

2. Porównanie ofert w toku postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, następuje zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

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).

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

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

3. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.

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

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu.

2. Wymóg, o którym mowa w ust. 1, dotyczy wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa, łącznie ze świadczeniami wykonywanymi w warunkach domowych.

§ 7. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby” stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostęp do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

§ 8. 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. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

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

4. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

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

§ 9. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do udostępnienia na żądanie oddziału Funduszu rejestru zakażeń zakładowych.

§ 10. 1. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.

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

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

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, 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 o świadczeniach.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 4, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, oddział Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 7 ust. 4 umowy.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 11. 1. W ramach zakresów świadczeń: świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz dzieci wentylowanych mechanicznie, wizyta członka zespołu jest każdorazowo potwierdzana przez świadczeniobiorcę albo członka jego rodziny, albo opiekuna faktycznego lub prawnego, w „Karcie wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie”, której wzór określony jest w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

2. Lekarz zespołu długoterminowej opieki domowej, w ramach zakresów świadczeń, o których mowa w ust. 1, 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 „Karcie wentylacji okresowej mechanicznej inwazyjnej lub nieinwazyjnej”, której wzór określony jest w **załączniku nr 4** do zarządzenia.

3. W ramach zakresu świadczeń: pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa, 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 5** do zarządzenia.

4. Każda wizyta pielęgniarki, o której mowa w ust. 3, jest sprawozdawana w raporcie statystycznym z kodem 5.01.27.0800016 oraz datą zrealizowanej wizyty.

5. W przypadku, gdy termin pierwszej wizyty w ramach sprawowania pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej nie jest tożsamy z terminem rozpoczęcia realizacji zabiegów określonych na skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, np. iniekcji, zmiany opatrunków, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej, informuje świadczeniobiorcę o konieczności zgłoszenia się do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, w celu realizacji zleceń lekarskich.

6. Świadczenia pielęgniarstwa 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.

§ 12. 1. 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**.

2. 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 6** do zarządzenia, uzyskali 8 punktów lub mniej albo dzieci do ukończenia 3. roku życia, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **2,6**.

3. 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**.

4. 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**.

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

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

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

8. W przypadku świadczeniobiorców z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, dla wartości każdego osobodnia pobytu w zakładzie opiekuńczym, stosuje się współczynnik korygujący **1,5**.

9. Współczynniki, o których mowa w ust. 1–8 przelicza się od ceny osobodnia ustalonej w umowie. Współczynniki te nie podlegają sumowaniu.

§ 13. 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.

§ 14. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

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

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

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

5. 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.

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

7. Jednostką rozliczeniową świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej jest osobodzień lub punkt zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia.

8. Rachunek, o którym mowa w ust. 5, świadczeniodawca może przesłać w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w przepisach zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

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

- 1) do rozliczenia pobyków 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, z zastrzeżeniem pkt 2;
- 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) 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;
- 5) jeżeli świadczeniobiorca przebywa na przepustce, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym, z zastrzeżeniem pkt 6-8;
- 6) w okresie korzystania z przepustki świadczeniodawca wyposaża świadczeniobiorcę w leki oraz wyroby medyczne, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 7) Fundusz finansuje czas przebywania świadczeniobiorcy na przepustce do 10% czasu pobytu w zakładzie danego świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym; informację o przepustce, o której mowa w ust. 5. świadczeniodawca odnotowuje w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;
- 8) do obliczenia czasu przebywania na przepustce, o którym mowa w ust. 7, uwzględnia się czas pobytu w szpitalu, rozumiany jako czas przebywania w zakładzie;
- 9) 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;

- 10) świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego może rozliczyć w okresie sprawozdawczym świadczenia udzielone przez 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;
- 11) 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;
- 12) dopuszczalną liczbę świadczeniobiorców, których część przebywa pod tym samym adresem, a część pod różnymi adresami zamieszkania, w odniesieniu do których mają być rozliczone świadczenia wykonane w tym samym czasie przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej określa **załącznik nr 7** do zarządzenia.

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

2. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego odbywa się za zasadach określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

3. 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.

4. 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. 3, finansowane są przez zakład opiekuńczy, w którym przebywa świadczeniobiorca.

§ 17. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w ogólnych warunkach 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 4

Postanowienia końcowe

§ 18. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.

§ 19. Do oświadczeń przekazywanych przez świadczeniodawców na podstawie § 4 ust. 3 umów, o których mowa w § 18, stosuje się przepisy zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ Prezesa NFZ, z dnia 16 października 2015 r. zmieniającego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określające warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, w związku z wejściem w życie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków umów.

§ 20. Zarządzenie stosuje się do:

- 1) postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanych zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach;
- 2) ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowania oraz określenia szczegółowych warunków w umowach, zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach.

§ 21. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2016 r. ²⁾

p.o. PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZ ZDROWIA
Zastępca Prezesa ds. Medycznych
Andrzej Jacyna

²⁾ Niniejsze zarządzenie było poprzedzone zarządzeniem 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 które utraciło moc obowiązującą z dniem wejścia w życie art. 1 pkt 53 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198).

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych

Załącznik nr 2 – Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Załącznik nr 3 – Karta wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie

Załącznik nr 4 – Karta wentylacji okresowej mechanicznej inwazyjnej lub nieinwazyjnej

Załącznik nr 5 – Karta wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej

Załącznik nr 6 – Skala Glasgow

Załącznik nr 7 – Zasady rozliczeń w zakresie świadczeń: pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, określające dopuszczalną maksymalną liczbę świadczeniobiorców przebywających pod tym samym adresem i pod różnymi adresami, objętych jednocześnie opieką przez pielęgniarkę w ramach 1 etatu przeliczeniowego