

Zarządzenie Nr 84/2009/DSOZ

Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 grudnia 2009 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. 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) lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
 - 3) miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
 - 4) oddział Funduszu – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - 5) osobodzień – jednostkowa miara służąca do rozliczenia świadczeń opisanych w załącznikach nr 1 do zarządzenia;
 - 6) przepustka – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374.

opiekuńczym, bez potrzeby wypisywania go z zakładu;

- 7) świadczenia - świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, realizowane w warunkach stacjonarnych i domowych;
 - 8) świadczenia wykonywane w warunkach domowych - świadczenie udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy; w tym w domach pomocy społecznej z wyłączeniem pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej;
 - 9) ustawa – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147) zwanym dalej „rozporządzeniem”.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3.

Przedmiotem postępowania jest wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą realizowali świadczenia w zakresach określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia.

§ 4.

1. Przedmiotem umowy ze świadczeniodawcą jest realizacja świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz. Umowa określa również zasady ich rozliczania.
2. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o której mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.
3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 5.

Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 4, musi spełniać wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych, w zależności od przedmiotu umowy.

§ 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., Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 5, str. 3, z późn. zm.²⁾) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiot umów obejmuje następujące nazwy i kody:

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

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 7.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców” stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.
2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i w zarządzeniu.
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.
4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 3 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą wymaga pisemnego zgłoszenia dyrektorowi oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

²²⁾ 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. WE L 329 z 17.12.2003 r., str. 1 – 270).

§ 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 musi spełniać wymagania określone w § 5.
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. Kierownik danego zakładu, powiadamia na piśmie dyrektora oddziału Funduszu oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, do których świadczeniobiorca złożył deklarację wyboru, o dacie przyjęcia, wypisu lub zgonu świadczeniobiorcy, w ciągu 3 dni.
5. Dopuszczalne jest łączenie realizacji świadczeń zawartych w katalogu zakresów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, ze świadczeniami zawartymi w rodzaju:
 - 1) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, z wyłączeniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych i tlenoterapii w warunkach domowych, w przypadku stacjonarnych zakładów opiekuńczych z wyjątkiem świadczeń dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie;
 - 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
 - 3) leczenie stomatologiczne.
6. W przypadku zlecenia przez świadczeniodawcę świadczeń gwarantowanych wymienionych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141), zlecenie musi być zgodne z tym załącznikiem oraz z załącznikiem nr 1, 4 i 5 do aktualnego zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi.

§ 9.

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń zgodnie z harmonogramem pracy stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.
2. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.
3. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokumentu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie oraz dokumentacji wymaganej w 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 kartą oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego, o której mowa w § 5 rozporządzenia, uzyskał 40 punktów lub mniej.
2. Jeżeli w ocenie świadczeniobiorcy, 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 ponownego pogorszenia się stanu zdrowia świadczeniobiorcy.
3. Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz 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, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitację, powinni przebywać w zakładzie opiekuńczym.

4. 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.
5. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego i pozajelitowego odbywa się w szpitalu.
6. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w zakładach opiekuńczych dotyczy świadczeniobiorców, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną substancji odżywczych w ilości wystarczającej do utrzymania przy życiu, wymagają długotrwałego podawania substancji odżywczych w sposób inny niż doustny.
7. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe powinno być realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a w szczególności ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.
8. Sprawowanie przez zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy i opiekuńczo – leczniczy opieki nad świadczeniobiorcami, o których mowa w ust. 1, i którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskali 0 punktów, możliwe jest pod warunkiem spełnienia przez świadczeniodawcę wymogów określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia oraz w rozporządzeniu.

§ 11.

Świadczenia w zakładzie opiekuńczym dla świadczeniobiorców dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych 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.

§ 12.

1. Za zgodą lekarza i jednoczesną zgodą kierownika zakładu opiekuńczego, świadczeniobiorca może uzyskać przepustkę. Na czas trwania przepustki świadczeniodawca wyposaża świadczeniobiorcę w leki i wyroby medyczne i środki pomocnicze.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do udokumentowania pobytu świadczeniobiorcy na przepustce, o której mowa w ust. 1. Łączny czas pobytu świadczeniobiorcy na przepustkach nie może być dłuższy niż 10% czasu pobytu w zakładzie danego świadczeniodawcy w danym roku.

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

Zasady udzielania świadczeń-pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach domowych

§ 13.

1. Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla świadczeniobiorców dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie:
 - 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 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 najbliższym poczucia bezpieczeństwa poprzez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 h na dobę we wszystkie dni w tygodniu.
2. Świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej:
 - 1) pielęgniarstwo długoterminowe jest to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach

lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych;

- 2) do pielęgniarstwa 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, którzy w ocenie kartą oceny świadczeniobiorcy 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 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146);
- 3) po otrzymaniu skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, które zawiera niezbędne informacje określone w załączniku nr 4 do zarządzenia oraz karty oceny świadczeniobiorcy, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej ustala ze świadczeniobiorcą lub rodziną lub opiekunem faktycznym świadczeniobiorcy termin pierwszej wizyty, w trakcie której dokonuje ponownej oceny stanu świadczeniobiorcy skalą opartą na skali 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 pkt 2 rozporządzenia; świadczeniobiorca lub jego rodzina lub 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, zobowiązany jest zabezpieczyć, przechowywać i utylizować zgodnie z odrębnymi przepisami;
- 6) udzielone świadczenia pielęgniarka odnotowuje w karcie czynności pielęgnacyjnych, wraz z datą ich wykonania, co zostaje potwierdzone podpisem

- świadczeniobiorcy lub jego rodziny lub opiekuna faktycznego; wzór karty czynności pielęgnacyjnych stanowi załącznik nr 5 do zarządzenia;
- 7) w okresie sprawowania opieki pielęgniarka monitoruje stan świadczeniobiorcy przy wykorzystaniu oceny według skali opartej na skali Barthel i w zależności od stwierdzonych zmian, modyfikuje realizowany dotychczasowo plan opieki; fakt dokonania zmian oraz informacje dotyczące przyczyn i zakresu dokonanych zmian pielęgniarka odnotowuje w prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;
 - 8) ocena, o której mowa w pkt 7, odbywa się na koniec każdego miesiąca; w przypadku gdy świadczeniobiorca uzyskał więcej niż 40 punktów, Fundusz zaprzestaje finansowania za kolejny miesiąc kalendarzowy;
 - 9) w przypadku stwierdzenia przez pielęgniarkę w trakcie wizyty u świadczeniobiorcy, zmian w jego stanie zdrowia świadczących o zaostrzeniu choroby lub wystąpieniu powikłań, zobowiązana jest ona do:
 - a) niezwłocznej konsultacji zaistniałej sytuacji z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca,
 - b) w razie konieczności - do wezwania zespołu ratownictwa medycznego;
 - 10) pielęgniarka opieki długoterminowej domowej zobowiązana 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 pielęgniarstwa długoterminowego;
 - 11) powiadomienia, o którym mowa w pkt 10, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej dokonuje w formie pisemnej w ciągu 3 dni, a o istotnych zmianach w stanie zdrowia informuje w dniu ich stwierdzenia;
 - 12) w przypadku, gdy termin pierwszej wizyty w ramach sprawowania pielęgniarstwa długoterminowego domowego, 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;

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

Rozdział 6

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 14.

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.
2. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku.
3. Świadczeniodawca składa do oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę, rachunek na piśmie oraz raport statystyczny w formie elektronicznej w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.
4. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez oddział Funduszu.
5. Po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym, Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń na podstawie, którego zostaje wydrukowany rachunek.
6. Jednostką rozliczeniową w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych jest osobodzień.
7. Sposobem rozliczania świadczeń jest zapłata za osobodzień.
8. W przypadku świadczeniobiorców, którzy w dniu przyjęcia do zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego lub opiekuńczo – leczniczego oraz w trakcie dalszego pobytu uzyskali 0 punktów, w ocenie skalą opartą na skali Barthel i dzieci do ukończenia 3 roku życia, żywionych dojelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący 2,8. Od dnia przekroczenia 0 punktów w tej ocenie, dla wartości osobodnia nie stosuje się współczynnika korygującego.
9. W przypadku świadczeniobiorców, którzy w dniu przyjęcia do zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego lub opiekuńczo – leczniczego oraz w trakcie dalszego pobytu uzyskali 0 punktów w ocenie skalą opartą na skali Barthel, żywionych pozajelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący 4,1. Od dnia przekroczenia 0 punktów w tej ocenie, dla wartości

osobodnia nie stosuje się współczynnika korygującego.

10. W przypadku dzieci, które w dniu przyjęcia do zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego lub opiekuńczo – leczniczego dla dzieci i młodzieży oraz w trakcie dalszego pobytu uzyskali 0 punktów, w ocenie skalą opartą na skali Barthel i dzieci do ukończenia 3 roku życia, żywionych pozajelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący 4,5. Od dnia przekroczenia 0 punktów w tej ocenie, dla wartości osobodnia nie stosuje się współczynnika korygującego.
11. Współczynniki, o których mowa w ust. 8, 9 i 10, przelicza się od ceny osobodnia ustalonej w umowie. Współczynniki te nie podlegają sumowaniu.

§ 15.

Przedstawiając świadczenia do zapłaty, świadczeniodawca zobowiązany 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; w raporcie statystycznym podaje się dzień przyjęcia świadczeniobiorcy do opieki;
- 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 lub opiekunem;
- 4) jeżeli świadczeniobiorca przebywa na przepustce, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczo – leczniczym, pielęgnacyjno – opiekuńczym.

§ 16.

1. W zakładach opiekuńczych Fundusz nie finansuje kosztów wyżywienia i zakwaterowania z wyłączeniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego, które dla świadczeniobiorców ocenianych na 0 pkt skalą opartą na skali Barthel i dzieci do ukończenia 3 roku życia, z wyłączeniem świadczeniobiorców wentylowanych

mechanicznie, finansowane jest w ramach kompleksowego świadczenia w cenie za osobodzień.

2. W przypadku realizacji w ramach sprawowanej opieki, świadczeń:
 - 1) odrębnie kontraktowanych z wyłączeniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych oraz tlenoterapii w warunkach domowych – dotyczy stacjonarnych zakładów opiekuńczych, z wyłączeniem świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie,
 - 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
 - 3) opieki stomatologicznej- możliwe jest rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie na podstawie odrębnych umów.
3. Wydane zalecenia dotyczące leczenia farmakologicznego, w przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 2, finansowane są przez zakład, w którym przebywa świadczeniobiorca.

§ 17.

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 zobowiązany 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.

§ 18.

Z dniem 31 grudnia 2009 r. traci moc zarządzenie Nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna dotyczące świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

§ 19.

Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2010 r.

§ 20.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Jacek Paszkiewicz