

**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 pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej**

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

---

<sup>1)</sup> 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 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842 i Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887 i Nr 171, poz. 1016.

- 5) **osobodzień** – jednostkowa miara służąca do rozliczenia świadczeń opisanych w załączniku nr 1 do zarządzenia;
  - 6) **przepustka** – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem 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 opiekuńczych;
  - 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 z późn. zm.<sup>2)</sup>) 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.

---

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 211, poz. 1645 i Nr 217, poz. 1688 oraz z 2010 r. Nr 255, poz. 1719.

#### **§ 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., z późn. zm.) 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.

## § 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 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. 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:
    - 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 długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie dorosłych, dzieci i młodzieży;

2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z wyłączeniem tych dziedzin medycyny, które uwzględnione zostały w zatrudnieniu lekarzy w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych/ opiekuńczo-leczniczych, wynikającym z rozporządzenia;

3) leczenie stomatologiczne.

5. W przypadku zlecenia przez świadczeniodawcę świadczeń gwarantowanych wymienionych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 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 z późn. zm.<sup>3)</sup>), 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.

---

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 31, poz. 166 oraz z 2011 r. Nr 23, poz. 127

## **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. 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.
3. 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.
4. Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją, rehabilitacją oraz kontynuacją 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.
5. 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.
6. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia:
  - 1) dojelitowego odbywa się w szpitalu lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe;
  - 2) pozajelitowego odbywa się w szpitalu.

7. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w zakładach opiekuńczych dotyczy świadczeniobiorców, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną diety kuchennej, wymagają długotrwałego przewidywanego dłużej niż 30 dni, podawania substancji odżywczych, tj. białka lub źródeł białka, tłuszczów, węglowodanów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody, w sposób inny niż doustnie przy użyciu kompletnej diety przemysłowej; ilość diety powinna być dostosowana do aktualnego zapotrzebowania białkowo-energetycznego chorego, przy czym jej ilość docelowo, w okresie nie dłuższym niż 14 dni nie może być mniejsza niż 20 kcal/kg masy ciała w przypadku osoby dorosłej.
8. Żywienie 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.
9. Żywienie 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.
10. Chory żywiony dojelitowo i pozajelitowo powinien być monitorowany w celu oceny skuteczności leczenia, objawów niepożądanych oraz stanu zdrowia, którego zmiany mogą wymagać modyfikacji leczenia żywieniowego; monitorowanie powinno 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.
11. Przy żywieniu drogą inną niż naturalna, świadczeniodawca wykonuje badania zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta, nie rzadziej niż 1 raz na 3 miesiące:
  - 1) jonogram (sód, potas, magnez, fosfor, wapń);
  - 2) glikemia;
  - 3) lipidogram;
  - 4) mocznik i kreatynina;
  - 5) morfologia z rozmazem;
  - 6) próby wątrobowe: Aspat, Alat, GGTP, fosfataza alkaliczna;
  - 7) układ krzepnięcia (APTT, INR).
12. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe powinno 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 powinny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

13. Przy sprawowaniu opieki dla świadczeniobiorców dorosłych i dzieci od 4 roku życia, którzy są nieprzytomni i żywieni dojelitowo lub pozajelitowo wymaga się dołączenia do dokumentacji medycznej skali Glasgow, której wzór stanowi **załącznik nr 4** do zarządzenia; skalę należy wypełniać na koniec każdego miesiąca.

### **§ 11.**

1. 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.
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 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 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

### Zasady udzielania świadczeń-pielęgniacyjnych 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 godziny na dobę we wszystkie dni w tygodniu;
- 4) każda wizyta członka zespołu jest potwierdzana przez chorego lub jego rodzinę lub opiekuna faktycznego, według wzoru stanowiącego **załącznik Nr 5** do zarządzenia;
- 5) lekarz zespołu długoterminowej opieki domowej dla świadczeniobiorców dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie ustala parametry wentylacji mechanicznej, natomiast rodzina chorego wpisuje czas trwania wentylacji w kartę wentylacji mechanicznej, stanowiącej **załącznik Nr 6** 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:

- 1) pielęgniarstwo długoterminowe 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 pielęgniarstwa 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 z późn. zm.);
- 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 lub 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 pielęgniarstwa, 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) w pielęgniarstwie długoterminowym domowym pielęgniarstwo wykonuje czynności określone **w załączniku nr 8** do zarządzenia; po ich wykonaniu fakt ten odnotowuje w karcie czynności pielęgniarstwa wraz z datą ich wykonania, co zostaje potwierdzone podpisem świadczeniobiorcy lub jego rodziny lub opiekuna faktycznego;
  - 7) podczas każdej wizyty w domu pacjenta pielęgniarstwo dokonuje w dokumentacji medycznej wpisu obserwacji pielęgniarstwa, poświadczonych pieczęcią, własnoręcznym podpisem wraz z datą;
  - 8) czynności, o których mowa w pkt. 6, pielęgniarstwo sprawozdaje w raporcie statystycznym;
  - 9) w okresie sprawowania opieki pielęgniarstwo monitoruje stan świadczeniobiorcy przy wykorzystaniu oceny według skali Barthel i w zależności od stwierdzonych zmian, modyfikuje realizowany dotychczasowo plan opieki; fakt dokonania zmian oraz informacje dotyczące przyczyn i zakresu dokonanych zmian pielęgniarstwo odnotowuje w prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;
  - 10) ocena, o której mowa w pkt 9, odbywa się na koniec każdego miesiąca; w przypadku gdy świadczeniobiorca uzyskał więcej niż 40 punktów, Fundusz zaprzestaje finansowania za kolejny miesiąc kalendarzowy;
  - 11) w przypadku stwierdzenia przez pielęgniarstwo 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;
  - 12) pielęgniarstwo opieki długoterminowej domowej zobowiązana jest do powiadomienia lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, do których świadczeniobiorca złożył deklarację wyboru, o terminie rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń oraz w ramach bieżącej współpracy w okresie objęcia opieką,

- o istotnych zmianach w stanie zdrowia świadczeniobiorcy, w tym takich, które skutkują ustaniem przyczyn kwalifikujących świadczeniobiorcę do pielęgniarstwa opieki długoterminowej;
- 13)powiadomienia, o którym mowa w pkt 12, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej dokonuje w formie pisemnej także przy użyciu poczty elektronicznej w ciągu 3 dni, a o istotnych zmianach w stanie zdrowia informuje w dniu ich stwierdzenia;
- 14)w przypadku, gdy termin pierwszej wizyty w ramach sprawowania pielęgniarstwa opieki 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;
- 15)pielęgniarka opieki długoterminowej domowej nie może realizować jednocześnie zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz zadań pielęgniarki w domu pomocy społecznej;
- 16)świadczenia pielęgniarstwa wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji po godzinie 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. 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. Jednostką rozliczeniową w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych jest osobodzień.
6. Sposobem rozliczania świadczeń jest zapłata za osobodzień.
7. W przypadku świadczeniobiorców żywionych dojelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,5**.
8. 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 punktów w skali Barthel albo 8 punktów w skali Glasgow, dla wartości osobodnia nie stosuje się współczynnika korygującego 2,6.
9. 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, 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.
10. 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 osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **3,5**.
11. W przypadku dzieci i młodzieży 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 oraz dzieci nieprzytomnych do ukończenia 4 roku życia, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **4,2**.
12. W przypadku świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie i żywionych dojelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,2**.
13. W przypadku świadczeniobiorców dorosłych wentylowanych mechanicznie i żywionych pozajelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,6**.

14. W przypadku dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie i żywionych pozajelitowo przez zakład opiekuńczy, dla wartości każdego osobodnia stosuje się współczynnik korygujący **1,8**.
15. Współczynniki, o których mowa w ust. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 i 14 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 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;
- 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 lub 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 świadczeń w zakresie pielęgniarstwa opieki 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:
- 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.

## § 16.

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 realizacji 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 dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie;
      - 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;
    - 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyłączeniem tych dziedzin medycyny, które uwzględnione zostały w zatrudnieniu lekarzy w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych/ opiekuńczo–leczniczych, wynikającym z przepisów rozporządzenia;
    - 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 2011 r. traci moc 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.

### **§ 19.**

Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2012 r.

### **§ 20.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Prezes**  
**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**Jacek Paszkiewicz**