

ZARZĄDZENIE Nr 45/2018/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 30 maja 2018 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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umów 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 Funduszu;
- 3) **ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w załączniku do rozporządzenia ministra właściwego do spraw 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** – jednostkową miarę służącą do sprawozdawania produktów rozliczeniowych określonych w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, stanowiącym załączniki nr 1a - 1e do zarządzenia;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730, 771, 858 i 932.

- 5) **przepustka** – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym, zwanym dalej „zakładem opiekuńczym” bez potrzeby wypisywania go z zakładu;
- 6) **punkt** – jednostkę miary służącą do określenia wartości świadczeń opieki zdrowotnej - produktu rozliczeniowego (sprawozdawanego) określonego w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, stanowiącym załączniki nr 1a-1e do zarządzenia;
- 7) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 8) **rozporządzenie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 9) **skala Barthel** – skala oceny poziomu samodzielności świadczeniobiorcy, o której mowa w:
 - a) załączniku nr 2 do rozporządzenia, w którym określony jest wzór karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego albo przebywającego w zakładzie opiekuńczym, oraz
 - b) załączniku nr 3 do rozporządzenia, w którym określony jest wzór karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia lub objętego pielęgniarstwem 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 przepisach ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 937);
- 12) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego 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 Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) 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.²⁾) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, 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;

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).

7) dzielnicy.

2. Porównanie ofert w toku postępowania następuje zgodnie z przepisami art. 148 ustawy o świadczeniach, w tym wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

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 **załącznikach nr 1a - 1e** do zarządzenia.

2. Odpowiednio do przedmiotu umowy, jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych zakresów świadczeń określone są w **załącznikach nr 1a - 1e** 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. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym 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 wymagania, o których mowa w § 6.

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 o świadczeniach.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w tym 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 wizyty personelu medycznego, w zakresach świadczeń: świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, personel medyczny takiego zespołu jest każdorazowo obowiązany do przedkładania świadczeniobiorcy lub członkowi jego rodziny, albo opiekunowi faktycznemu lub prawnemu „Karty wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie”, której wzór określony jest w **załączniku nr 3** do zarządzenia, w celu potwierdzenia zrealizowanej wizyty.

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. Lekarz przedkłada świadczeniobiorcy lub członkowi jego rodziny, albo opiekunowi faktycznemu lub prawnemu „Kartę wentylacji okresowej mechanicznej inwazyjnej lub nieinwazyjnej”, której wzór określony jest w **załączniku nr 4** do zarządzenia, w celu wpisania przez te osoby czasu trwania wentylacji.

3. W ramach wizyty pielęgniarki, w zakresie świadczeń: pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, pielęgniarka jest każdorazowo obowiązana do przedkładania świadczeniobiorcy lub członkowi jego rodziny, albo opiekunowi faktycznemu lub prawnemu „Karty wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”, której wzór określony jest w **załączniku nr 5** do zarządzenia, w celu potwierdzenia zrealizowanej wizyty.

4. Karty, o których mowa w ust. 1-3, dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.

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

6. W przypadku, gdy termin pierwszej wizyty pielęgniarki w ramach sprawowania pielęgniarskiej 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.

7. Świadczenia pielęgniarskie wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji udzielane 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. Warunki rozliczania świadczeń realizowanych w ramach umowy, 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 punkt.

8. Rachunek, o którym mowa w ust. 5, świadczeniodawca może przesłać w formie elektronicznej z wykorzystaniem Portalu 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.

§ 13. 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 objęcia opieką 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 lub 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 tego 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 opiekuńczym u danego świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym; informację o przepustce, o której mowa w pkt 5, świadczeniodawca odnotowuje w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;
 - 8) do obliczenia czasu przebywania na przepustce, o którym mowa w pkt 7, uwzględnia się czas pobytu w szpitalu, rozumiany jako czas przebywania w zakładzie opiekuńczym;
 - 9) jeżeli w ocenie świadczeniobiorcy skalą Barthel, dokonywanej przez lekarza i pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego na koniec każdego miesiąca, otrzymał więcej niż 40 punktów, Fundusz finansuje świadczenia do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego;
 - 10) w przypadku rozliczania świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom

z zaburzeniami przytomności, należy stosować ocenę z zastosowaniem Skali Glasgow, której wzór określony jest w **załączniku nr 6** do zarządzenia;

- 11) świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego domowego może rozliczyć w okresie sprawozdawczym świadczenia udzielone przez pielęgniarkę świadczeniobiorcom:
 - a) przebywającym pod tym samym adresem zamieszkania w szczególności w domu pomocy społecznej, albo
 - b) przebywającym pod różnymi adresami zamieszkania, albo
 - c) których część przebywa pod tym samym adresem, a część pod różnymi adresami zamieszkania;
- 12) dopuszczalna liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednocześnie przez pielęgniarkę w ramach jednego etatu przeliczeniowego, którzy przebywają pod tym samym adresem zamieszkania albo pod różnymi adresami zamieszkania określona jest w rozporządzeniu;
- 13) dopuszczalna liczba 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 długoterminowego domowego określona jest w **załączniku nr 7** do zarządzenia.

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

2. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego odbywa się za zasadach określonych w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

3. 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 kompletnej diety przemysłowej, 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.

4. 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 programy lekowe

- możliwe jest rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie na podstawie odrębnych umów.

5. Zalecenia dotyczące leczenia farmakologicznego oraz wydane zlecenia na wyroby medyczne, o których mowa w przepisach ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia z żywieniowego oraz wyrobów medycznych, stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym, wymienione w przepisach rozporządzenia w przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 4, finansowane są przez zakład opiekuńczy, w którym przebywa świadczeniobiorca.

Rozdział 4

Postanowienia końcowe

§ 15. 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.

§ 16. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 17. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

§ 18. Traci moc 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.

§ 19. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2018 r.

**Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Z-ca Prezesa ds. Finansowych**

Maciej Miłkowski

Załączniki:

- Załącznik nr 1a – Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych od 01.07.2018 r. do 31.12.2018 r.
- Załącznik nr 1b – Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych od 01.01.2019 r. do 31.12.2019 r.
- Załącznik nr 1c – Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych od 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.
- Załącznik nr 1d – Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych od 01.01.2021 r. do 31.12.2021 r.
- Załącznik nr 1e – Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych od 01.01.2022 r. do 31.12.2022 r.
- 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