

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**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027) zwanej dalej ustawą, zarządza się co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Zarządzenie reguluje postępowanie w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzajach:
 - 1) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;
 - 2) opieka paliatywna i hospicyjna;a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w danym rodzaju.
2. Umowy o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej zawierane są odrębnie.

§ 2.

1. Użyte w niniejszym zarządzeniu określenia oznaczają:
 - 1) **dostęp / zapewnienie realizacji** – zapewnienie wykonywania świadczeń w innym miejscu lub lokalizacji niż ta, w której realizowane są świadczenia;
 - 2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
 - 3) **oddział Funduszu** – wojewódzki oddział Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - 4) **katalog zakresów świadczeń** – wykaz świadczeń zdrowotnych kontraktowanych i wykonywanych przez świadczeniodawcę;
 - 5) **lekarz danej specjalności** – lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w określonej dziedzinie medycyny;

- 6) **lekarz specjalista w danej dziedzinie medycyny** – lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny;
- 7) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji zgodnie z programem specjalizacji;
- 8) **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
- 9) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 10) **świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym** – świadczenia obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty oraz inne świadczenia niezbędne do wykonania w ambulatoryjnym procesie diagnostyczno-terapeutycznym;
- 11) **osobodzień** – jednostkowa miara służąca do rozliczenia świadczeń opisanych w katalogach, zawartych w załącznikach nr 1a i nr 1b do warunków zawierania umów;
- 12) **pakiet świadczeń** – grupa procedur medycznych udzielanych w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna;
- 13) **porada** - jednostkowa miara służąca do rozliczenia świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez lekarza danej specjalności lub lekarza specjalistę w danej dziedzinie medycznej zawartych w załączniku nr 1b do warunków zawierania umów.
- 14) **przepustka** – okresowe przebywanie pacjenta poza zakładem opiekuńczym, bez potrzeby wypisywania go z zakładu;
- 15) **stacjonarne zakłady opiekuńcze / zakłady opieki długoterminowej** - zakłady opieki zdrowotnej udzielające całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych;
- 16) **świadczenia** - świadczenia opieki zdrowotnej w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna , realizowane w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych;
- 17) **świadczenia wykonywane w warunkach domowych** - świadczenie udzielane w miejscu pobytu pacjenta;

- 18) **zakres świadczeń** – świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna, dla których w umowie określa się sposób i kwotę finansowania.
2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w niniejszym zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3.

1. Przedmiotem postępowania jest wyłonienie wykonawców świadczeń w rodzajach:
- 1) świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne;
 - 2) opieka paliatywna i hospicyjna.
2. Katalog zakresów świadczeń:
- 1) pielęgnacyjnych i opiekuńczych stanowi **załącznik nr 1a** do zarządzenia;
 - 2) w opiece paliatywnej i hospicyjnej stanowi **załącznik nr 1b** do zarządzenia .

§ 4.

1. Przedmiotem umowy ze świadczeniodawcą jest realizacja świadczeń w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna, 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:
- 1) **załącznik nr 2a** do zarządzenia - w przypadku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych;
 - 2) **załącznik nr 2b** do zarządzenia - w przypadku świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej.
3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 5.

1. Przedmiotem postępowania jest wyłonienie wykonawców świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 3, spełniających kryteria określone:

- 1) w **załączniku nr 3a** do zarządzenia – w przypadku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych;
- 2) w **załączniku nr 3b** do zarządzenia – w przypadku świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

§ 6.

1. 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.¹) 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 14/01/SPO/2009 i 15/02/OPH/2009.
2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i w niniejszym zarządzeniu.

¹ 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).

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. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 3 do umowy 14/01/SPO/2009 i 15/02/OPH/2009 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 rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna, w zakresach świadczeń określonych w § 3, zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.
2. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 4, powinien spełniać wymagania określone w **załącznikach nr 3a** lub **nr 3b** do niniejszego zarządzenia oraz w przepisach odrębnych, w zależności od przedmiotu umowy.
3. Jeżeli świadczeniodawca udziela świadczeń w różnych miejscach na podstawie umowy, o której mowa w § 4, każde z nich musi spełniać wymagania określone w ust. 2.
4. W przypadku braku możliwości zakontraktowania świadczeń w danym zakresie, zgodnie z planem zakupu określonym przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, dyrektor oddziału w kolejnym postępowaniu, może warunkowo dopuścić do udzielania świadczeń podmioty nie spełniające wymagań, określonych w ust. 2 (nie dotyczy to wymagań formalno-prawnych), wskazując jednocześnie termin ich dostosowania do wymagań, z jednoczesnym odpowiednim obniżeniem ceny jednostkowej świadczenia. Dopuszczenie może dotyczyć pojedynczych oferentów i nie może mieć charakteru odstępstwa generalnego od wymagań określonych w ust. 1-3 i dotyczyć całego postępowania.
5. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna udzielane w warunkach domowych, realizowane są we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej oraz z położną podstawowej opieki zdrowotnej.

6. Dopuszczalne jest łączenie realizacji świadczeń zawartych w katalogu zakresów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, katalogu zakresów świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej, ze świadczeniami zawartymi w katalogu świadczeń odrębnie kontraktowanych, ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, psychiatrii ambulatoryjnej, stomatologii oraz radioterapii w opiece paliatywnej i hospicyjnej, a w oddziałach dla przewlekle chorych możliwe jest łączenie świadczeń odrębnie kontraktowanych.

§ 9.

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń zgodnie z harmonogramem pracy stanowiącym załącznik nr 2 do umowy 14/01/SPO/2009 i 15/02/OPH/2009.
2. W trakcie udzielania świadczeń przez stacjonarne zakłady opiekuńcze na podstawie umowy z Funduszem, świadczeniodawca ponosi koszty leczenia farmakologicznego, wyrobów medycznych, produktów leczniczych oraz badań diagnostycznych.
3. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczenioborcy za jakość udzielonego świadczenia.
4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczenioborcy 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.
6. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie oraz dokumentacji wymaganej warunkami niniejszego zarządzenia.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń

§ 10.

1. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych realizowane są w następujących zakresach świadczeń:
 - 1) świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym / opiekuńczo - leczniczym;
 - 2) świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dzieci i młodzieży / opiekuńczo – leczniczym dla dzieci i młodzieży;

- 3) świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
 - 4) świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie.
 - 5) świadczenia w oddziale dla przewlekle chorych; nie dłużej niż do dnia 31.12.2009.
2. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane w warunkach domowych realizowane są w następujących zakresach świadczeń:
 - 1) świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
 - 2) świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie;
 - 3) świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej.
 3. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane w warunkach stacjonarnych realizowane są w następujących zakresach świadczeń:
 - 1) świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym;
 4. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane w warunkach domowych realizowane są w następujących zakresach świadczeń:
 - 1) świadczenia w hospicjum domowym;
 - 2) świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci.
 5. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych realizowane są w zakresie świadczeń: porada w poradni medycyny paliatywnej.

Rozdział 5

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych

§ 11.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla osób przewlekle chorych niewymagających leczenia szpitalnego, u których występują istotne deficyty w samoopiece i samopielęgnacji i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Do stacjonarnych zakładów opiekuńczych nie mogą być przyjmowane osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej lub, u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna, zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

Tryb kierowania do świadczeń pielęgniacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych

§ 12.

1. Sposób i tryb kierowania osób do zakładów pielęgnacyjno - opiekuńczych i opiekuńczo - leczniczych oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt zarówno w zakładach publicznych i niepublicznych realizujących na podstawie odrębnych umów zadania zakładów publicznych, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166, poz. 1265) oraz Karta kwalifikacji pacjenta do udzielania świadczeń w ZOL/ZPO według wzoru stanowiącego **załącznik nr 4** do niniejszego zarządzenia – nie dotyczy dzieci, do ukończenia trzeciego roku życia.
2. Decyzję o przyjęciu do zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego i opiekuńczo - leczniczego prowadzonego w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, podejmuje kierownik zakładu w porozumieniu z lekarzem zakładu w oparciu o dokumentację określoną w ust. 1.
3. Do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego może zostać przyjęty pacjent z rozpoznaniem choroby przewlekłej, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, który w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel (**załącznik nr 4** do warunków zawierania umów) uzyskał 40 punktów lub mniej. Ocenę wykonuje lekarz i pielęgniarka w dniu przyjęcia pacjenta oraz na koniec każdego miesiąca.
4. Jeżeli w którejkolwiek z ocen określonych w ust. 3, punktacja jest wyższa niż 40 punktów w zmodyfikowanej skali Barthel, Fundusz zaprzestaje finansowania na koniec kolejnego miesiąca kalendarzowego. Ponowne skierowanie do zakładu jest możliwe w przypadku ponownego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta.
5. Do zakładu opiekuńczo – leczniczego dla dzieci i młodzieży stosuje się analogicznie tryb przyjęcia określony odpowiednio w ust. 1 i 2.
6. Do oddziału dla przewlekle chorych pacjent kierowany jest bezpośrednio przez lekarza z oddziału szpitalnego. W przypadku przewidywanej konieczności kontynuacji opieki długoterminowej, świadczeniodawca zobowiązany jest przed upływem 45 dni, do podjęcia działań w celu umieszczenia pacjenta w zakładzie opiekuńczo – leczniczym bądź pielęgnacyjno – opiekuńczym.

Zasady udzielania świadczeń pielęgniacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych

§ 13.

1. Stacjonarne zakłady opiekuńcze udzielają świadczeń pielęgniacyjnych i opiekuńczych w zakresach określonych w § 10 ust.1.
2. **Podstawowy pakiet świadczeń**, udzielanych w stacjonarnych zakładach opiekuńczych obejmuje:
 - 1) świadczenia lekarskie;
 - 2) świadczenia pielęgniarskie;
 - 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, celem zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
 - 4) świadczenia psychologa;
 - 5) terapię zajęciową;
 - 6) leczenie farmakologiczne;
 - 7) leczenie dietetyczne;
 - 8) zaopatrzenie w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne określone w **załączniku nr 5** do zarządzenia;
 - 9) zapewnienie badań diagnostycznych zleconych przez lekarza zakładu;
 - 10) zapewnienie transportu sanitarnego w dniu wypisu z zakładu lub w dniu skierowania pacjenta do szpitala lub na konsultację z wyłączeniem stanów nagłych;
 - 11) edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu rekonwalescenta i jego rodziny (opiekuna) do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (jeżeli dotyczy).
3. **Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym; świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dzieci i młodzieży:**
 - 1) zadaniem zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją i kontynuacja leczenia² osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia

² Kontynuacja leczenia oznacza dalsze postępowanie lecznicze odpowiadające stanowi zdrowia pacjenta, w tym podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych, niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym, wg indywidualnej oceny lekarza zakładu opiekuńczego

zachowawczego a nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym. Jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitację, powinien przebywać w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym;

- 2) sprawowanie przez zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy opieki nad osobami, o których mowa w pkt. 1) i które w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel uzyskały 0 punktów możliwe jest pod warunkiem spełnienia przez świadczeniodawcę wymogów określonych w **załączniku nr 3a** do warunków zawierania umów;

4. Świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym; świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie; w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dzieci i młodzieży; w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie:

- 1) zadaniem zakładu opiekuńczo – leczniczego jest okresowe lub stałe objęcie całodobową pielęgnacją i kontynuacja leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły 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 stopień niepełnosprawności, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitację, powinien przebywać w zakładzie opiekuńczo – leczniczym;
- 2) świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie obejmują dodatkowo zapewnienia całodobowego, mechanicznego lub ciśnieniowego wspomaganie oddechu u pacjentów z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii;
- 3) sprawowanie przez zakład opiekuńczo-leczniczy opieki nad osobami, o których mowa w pkt. 1) i które w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel uzyskały 0 punktów oraz nad chorymi wentylowanymi mechanicznie, o których mowa w pkt. 2) możliwe jest pod warunkiem spełnienia przez świadczeniodawcę wymogów określonych w **załączniku nr 3a** do niniejszego zarządzenia.

5. W ramach świadczeń w oddziale dla przewlekle chorych zapewnia się całodobową opiekę i leczenie osób, które przebyły fazę leczenia szpitalnego w oddziałach opieki krótkoterminowej, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, lecz wymagają dalszego pobytu w zakładzie opieki długoterminowej.

§ 14.

1. Za zgodą lekarza i jednoczesną zgodą kierownika zakładu opiekuńczego, pacjent może uzyskać przepustkę. Na czas trwania przepustki zakład wyposaża pacjenta w leki i wyroby medyczne.
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 świadczeniodawcy w danym roku.
3. Jeśli w trakcie pobytu w zakładzie, pacjent zostanie skierowany i przyjęty do leczenia szpitalnego, po jego wypisaniu ze szpitala nie jest konieczne ponowne składanie wniosku o przyjęcie pacjenta do zakładu.

Tryb kierowania do świadczeń pielęgniacyjnych i opiekuńczych w warunkach domowych

§ 15.

1. Podstawą do objęcia opieką pacjentów wentylowanych mechanicznie przez zespół długoterminowej opieki domowej jest skierowanie lekarza oddziału szpitalnego. Do skierowania należy dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - 2) wyniki badań będących w posiadaniu pacjenta lub jego rodziny / opiekunów;
 - 3) kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych, wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.
2. Dokumentacją wymaganą do objęcia chorego pielęgniarską opieką długoterminową jest:
 - 1) skierowanie, według wzoru stanowiącego **załącznik nr 6** do zarządzenia, wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
 - 2) karta kwalifikacji pacjenta do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową według wzoru **załącznika nr 7** do zarządzenia.

3. Okres objęcia chorego pielęgniarstwą opieką długoterminową jest uzależniony od stanu zdrowia pacjenta. Ocena odbywa się co miesiąc wg **załącznika nr 7** do zarządzenia. W przypadku, gdy pacjent uzyskał więcej niż 40 punktów wg oceny zmodyfikowaną skalą Barthel, Fundusz nie finansuje dalszego objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową.

Zasady udzielania świadczeń pielęgniacyjnych i opiekuńczych w warunkach domowych

§ 16.

1. **Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie; świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie:**
 - 1) zespół długoterminowej opieki domowej realizuje opiekę nad chorymi z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheostomijną), 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. Chorzy powinni wyrazić świadomą zgodę na ten typ leczenia, a w przypadku dzieci zgodę powinien wyrazić opiekun prawny. Zgoda ta jest elementem dokumentacji medycznej;
 - 2) świadczeniami zespołu długoterminowej opieki domowej mogą być objęci chorzy, 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 pacjenta;
 - 3) do obowiązków zespołu długoterminowej opieki domowej należy:
 - a) wyposażenie chorych w niezbędny sprzęt medyczny, zgodnie z **załącznikiem nr 3a** do zarządzenia,
 - 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;

- 4) pakiet świadczeń dla pacjentów wentylowanych mechanicznie obejmuje:
 - a) świadczenia lekarskie, pielęgniarskie i rehabilitacyjne,
 - b) zapewnienie realizacji badań diagnostycznych umożliwiających właściwą terapię oddechową w warunkach domowych, w tym:
 - pełny zakres badań obrazowych w tym: RTG, USG,
 - badanie potencjałów wywołanych,
 - badania równowagi kwasowo-zasadowej krwi w pełnym zakresie;
- 5) świadczeniami zespołu długoterminowej opieki domowej mogą być objęci pacjenci, dla których spełnione są jednocześnie następujące warunki:
 - a) zakończone i udokumentowane zostało u nich leczenie przyczynowe,
 - b) są w pełni zdiagnozowani (mają wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja);
- 6) pacjenci wentylowani mechanicznie w warunkach domowych nie mogą być jednocześnie objęci opieką paliatywną i hospicyjną.

2. **Świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej:**

- 1) pielęgniarska opieka długoterminowa jest to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca;
- 2) celem pielęgniarskiej opieki długoterminowej jest:
 - a) zapewnienie chorym świadczeń pielęgniarskich w warunkach domowych,
 - b) przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością;
- 3) do zadań pielęgniarki opieki długoterminowej należy:
 - a) realizacja świadczeń pielęgnacyjnych zgodnie z procesem pielęgnowania,
 - b) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
 - c) edukacja zdrowotna osób objętych opieką oraz członków ich rodzin,
 - d) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu;

- 4) do pielęgniarstwa opieki długoterminowej mogą być zakwalifikowani pacjenci przewlekle chorzy, niezdolni do samoopieki, którzy w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel określoną **załącznikiem nr 7** do zarządzenia, uzyskali od 0 do 40 punktów i wymagają bezwzględnie realizacji przynajmniej jednego z wymienionych świadczeń pielęgniarstwa przez okres powyżej 2 tygodni:
 - a) kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia,
 - b) wykonywania opatrunków,
 - c) karmienia przez zgłębnik lub przez przetokę,
 - d) pielęgnacji przetoki,
 - e) założenia i usunięcia cewnika jako stałe zlecenie lekarskie,
 - f) płukania pęcherza moczowego,
 - g) pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheotomijną;
- 5) pielęgniarstwo opieki długoterminowej nie może być realizowane dla chorych:
 - a) objętych opieką przez hospicjum domowe,
 - b) objętych opieką przez inne stacjonarne zakłady opiekuńcze,
 - c) objętych opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów / dzieci wentylowanych mechanicznie,
 - d) w ostrej fazie choroby psychicznej,
 - e) objętych przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszenia, świadczeniem „pielęgniarstwa opieki środowiskowej w POZ”;
- 6) pielęgniarka opieki długoterminowej nie może realizować jednocześnie zadań jako pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy;
- 7) pielęgniarka opieki długoterminowej zobowiązana jest do współpracy i informowania lekarza poz i pielęgniarki poz, do których pacjent złożył deklarację wyboru, o rozpoczęciu i zakończeniu udzielania świadczeń oraz o istotnych zmianach w stanie zdrowia świadczeniobiorcy, w tym takich, które skutkują ustaniem przyczyn kwalifikujących pacjenta do pielęgniarstwa opieki długoterminowej;
- 8) świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia „Karty czynności pielęgnacyjnych” zgodnie z **załącznikiem nr 8** do warunków zawierania umów ;
- 9) pielęgniarka opieki długoterminowej wyposażona jest w neseser pielęgniarstwa, którego standardowe wyposażenie określa **załącznik nr 9** do zarządzenia.

Rozdział 6

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej³

§ 17.

1. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu zapobieganie i uśmierzanie bólu oraz innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmują również wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby jak i w okresie osierocenia i żałoby.
2. **Pakiet świadczeń udzielanych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej** obejmuje:
 - 1) zapewnienie całodobowego dostępu do świadczeń lekarskich przez 7 dni w tygodniu (także w niedziele i święta) – w warunkach stacjonarnych i domowych;
 - 2) zapewnienie całodobowego dostępu do świadczeń pielęgniarskich przez 7 dni w tygodniu (także w niedziele i święta) - w warunkach domowych;
 - 3) całodobową opiekę pielęgniarską - w warunkach stacjonarnych;
 - 4) leczenie farmakologiczne w hospicjum stacjonarnym i w oddziale medycyny paliatywnej;
 - 5) leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna);
 - 6) leczenie innych objawów somatycznych;
 - 7) opiekę psychologiczną;
 - 8) rehabilitację;
 - 9) zapobieganie powikłaniom;
 - 10) zapewnienie badań zleconych przez lekarza hospicjum / oddziału medycyny paliatywnej;
 - 11) zapewnienie transportu sanitarnego w dniu wypisu lub w dniu skierowania do szpitala lub na konsultację z wyłączeniem stanów nagłych;
 - 12) pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych;
 - 13) zaspokajanie potrzeb duchowych;

³ Opieka paliatywna / hospicyjna jest to całościowe postępowanie mające na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z problemami związanymi z zagrażającą życiu, postępującą chorobą, poprzez zapobieganie i niesienie ulgi w cierpieniu przez wczesne ich wykrycie, całościową ocenę i leczenie uwzględniające uśmierzanie bólu, duszności i inne czynniki somatyczne oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów psycho-socjalnych i duchowych wraz ze wsparciem dla rodziny chorego podczas choroby i w okresie żałoby. Szereg działań z zakresu opieki paliatywnej jest podejmowanych we wcześniejszym okresie choroby jeszcze w okresie leczenia mającego na celu przedłużenie życia – definicja OPH (WHO 2002)

- 14) bezpłatne wypożyczanie sprzętu wymienionego w **załączniku 3b** (dotyczy hospicjum domowego);
 - 15) opiekę nad osieroconymi;
 - 16) „opiekę wyręczającą” w warunkach stacjonarnych - przyjmowanie chorych na okres czasowy (nie dłużej niż 10 dni).
3. W celu objęcia pacjenta opieką paliatywną konieczne jest:
- 1) skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 2) zgoda pacjenta lub jego rodziny lub opiekuna na objęcie opieką paliatywną i hospicyjną wyrażona na piśmie; w przypadku dzieci, przez rodziców/ opiekunów prawnych, a po 16 roku życia także przez chore dziecko. Wzór oświadczenia o wyrażeniu zgody na objęcie opieką paliatywną i hospicyjną określa **załącznik nr 10** do zarządzenia;
 - 3) wskazanie medyczne, w szczególności fakt występowania u chorego schorzenia nie rokującego nadziei na wyleczenie.
4. Każdy pacjent w schyłkowym okresie życia, skierowany do udzielania świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej, musi być objęty opieką lub należy mu wskazać innego świadczeniodawcę, właściwego ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania. Każde zgłoszenie pacjenta musi być odnotowane w dokumentacji prowadzonej przez świadczeniodawcę.

Tryb kierowania i zasady udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych

§ 18.

1. **Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej; świadczenia w hospicjum stacjonarnym :**
 - 1) oddział medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarne nie może funkcjonować w ramach innego oddziału szpitalnego, musi być odrębną komórką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej;
 - 2) w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym udzielane są świadczenia pacjentom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące schorzenia wskazane w **załączniku nr 11** do warunków zawierania umów.
2. Skierowanie do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną w warunkach stacjonarnych wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Do skierowania należy dołączyć informacje,

o których mowa w § 17 ust. 3. Ostateczną decyzję o przyjęciu pacjenta podejmuje lekarz hospicjum.

Tryb kierowania i zasady udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych

§ 19.

1. Świadczenia w hospicjum domowym :

- 1) wizyta personelu hospicjum domowego odbywa się po uzgodnieniu terminu z pacjentem lub rodziną lub opiekunem;
- 2) każda wizyta personelu hospicjum domowego jest potwierdzana przez chorego lub jego rodzinę lub opiekuna według wzoru stanowiącego **załącznik nr 12** do zarządzenia;
- 3) w trakcie sprawowania opieki, podczas każdej wizyty, chorzy i ich rodziny/opiekunowie otrzymują dokładne zalecenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego i leczniczego. Otrzymują także informację o numerach telefonów personelu hospicjum domowego, gotowego do udzielenia porad telefonicznych w każdym dniu tygodnia i w razie potrzeby do udzielenia wizyty w domu oraz są informowani o innych formach opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz zasadach jej prowadzenia;
- 4) personel hospicjum domowego udziela świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej pacjentom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące schorzenia wskazane w **załączniku nr 11** do zarządzenia.

2. Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci:

- 1) wizyta personelu hospicjum domowego dla dzieci odbywa się po uzgodnieniu z pacjentem lub rodziną lub opiekunem;
- 2) każda wizyta personelu hospicjum domowego jest potwierdzana przez rodzinę lub opiekuna dziecka, według wzoru stanowiącego **załącznik nr 12** do zarządzenia;
- 3) ogólne kryteria przyjęcia dziecka do hospicjum domowego:
 - a) schyłkowy okres choroby nieuleczalnej,
 - b) wiek poniżej 18 lat,
 - c) pacjentem zajmuje się przynajmniej jeden stały opiekun, który może sprawować całodobową opiekę w domu chorego;

- 4) w trakcie sprawowania opieki, podczas każdej wizyty, chorzy i ich rodziny/ opiekunowie otrzymują dokładne zalecenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego i leczniczego. Otrzymują także informację o numerach telefonów personelu hospicjum domowego gotowego do udzielenia porad telefonicznych w każdym dniu tygodnia i w razie potrzeby do udzielenia wizyty w domu oraz są informowani o innych formach opieki paliatywnej i hospicyjnej i o zasadach jej prowadzenia;
 - 5) personel hospicjum domowego dla dzieci udziela świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej dzieciom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące schorzenia ograniczające życie, wskazane w **załączniku nr 13** do zarządzenia;
 - 6) osoby pełnoletnie mogą być objęte opieką paliatywną dla dzieci, jeżeli schorzenie ma charakter wrodzony i choroba ograniczająca życie została zdiagnozowana przed ukończeniem przez tę osobę 18 lat lub gdy nie istnieje możliwość właściwej opieki ze strony hospicjów domowych dla dorosłych z uwagi na rzadki charakter schorzenia lub miejsce zamieszkania.
3. Skierowanie do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną w warunkach domowych wydaje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Do skierowania należy dołączyć informacje, o których mowa w § 17 ust. 3. Ostateczną decyzję o przyjęciu pacjenta podejmuje lekarz hospicjum.

Tryb kierowania i zasady udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych

§ 20.

Poradnia medycyny paliatywnej

- 1) w ramach poradni medycyny paliatywnej udzielane są:
 - a) porady lekarskie, psychologiczne,
 - b) porady lekarsko-pielęgniarskie w domu chorego,
 - c) konsultacje lekarskie, w tym również chorych, którzy nie zostali zakwalifikowani do hospicjum domowego,
 - d) wsparcie rodzinie chorego;
- 2) porada w poradni medycyny paliatywnej jest to świadczenie lekarza specjalisty obejmujące:
 - a) badanie podmiotowe,

- b) badanie przedmiotowe,
 - c) ordynację leków (w tym leków przeciwbólowych),
 - d) zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych,
 - e) zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych,
 - f) kierowanie do zakładów opieki zdrowotnej w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych,
 - g) wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta,
 - h) poradę / wizytę w domu chorego;
- 3) opieka sprawowana jest nad chorymi, którzy mogą przybyć do poradni lub chorymi w ogólnym stanie – stabilnym, którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się, wymagają porad w domu chorego, z zastrzeżeniem pkt. 4);
- 4) porady / wizyty domowe nie powinny być realizowane częściej niż dwa razy w tygodniu. Chorzy, którzy wymagają częstszych wizyt lub ciągłej, profesjonalnej opieki mogą być kierowani do hospicjum stacjonarnego;
- 5) poradnia medycyny paliatywnej powinna być integralnie związana z hospicjum domowym i / lub stacjonarnym lub oddziałem medycyny paliatywnej.

Rozdział 7

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 21.

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 zwrotnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie, którego zostaje wydrukowany rachunek.

6. Jednostką rozliczeniową w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest osobodzień lub porada.
7. Sposobem rozliczania świadczeń jest zapłata za osobodzień lub poradę z zastrzeżeniem ust. 8.
8. W przypadku pacjentów, którzy w dniu przyjęcia do zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego lub opiekuńczo – leczniczego oraz w trakcie dalszego pobytu uzyskali 0 punktów w skali Barthel, dla wartości osobodnia stosuje się współczynnik korygujący 2,8. Od dnia przekroczenia 0 punktów w w/w skali, dla wartości osobodnia stosuje się przelicznik 1.

§ 22.

1. 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;
 - 2) przez osobodzień „faktycznie wykonany” rozumie się każdy rozpoczęty osobodzień pobytu w zakładzie stacjonarnym i opiece domowej, z zastrzeżeniem punktu 3);
 - 3) dzień przyjęcia do opieki i dzień jej zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień. W sprawozdaniu podaje się dzień przyjęcia pacjenta do opieki;
 - 4) 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 pacjenta; w tym czasie tj. w okresie rezerwacji łóżka, Fundusz finansuje 15% wartości osobodnia; po tym czasie, ponowne przyjęcie pacjenta do zakładu wymaga uzgodnienia terminu pomiędzy świadczeniodawcą a pacjentem lub jego rodziną lub opiekunem;
 - 5) jeżeli pacjent przebywa na przepustce, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczo – leczniczym, pielęgnacyjno – opiekuńczym, hospicjum stacjonarnym, oddziale medycyny paliatywnej.

§ 23.

1. W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych Fundusz nie finansuje kosztów wyżywienia i zakwaterowania.
2. Przepis ust. 1 stosuje się analogicznie do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci i młodzieży oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych dla dzieci i młodzieży w tym również wentylowanych mechanicznie.
3. W przypadku realizacji w ramach sprawowanej opieki, świadczeń:
 - a) odrębnie kontraktowanych,
 - b) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
 - c) psychiatrii ambulatoryjnej,
 - d) opieki stomatologicznej,
 - e) radioterapii – dotyczy opieki paliatywnej i hospicyjnej

- możliwe jest rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie na podstawie odrębnych umów. W oddziałach dla przewlekle chorych możliwe jest łączenie świadczeń odrębnie kontraktowanych.
4. Wydane zalecenia dotyczące leczenia farmakologicznego, w przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 3, finansowane są przez zakład, w którym przebywa pacjent.

§ 24.

1. Warunki rozliczania świadczeń określone zostały 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 umowie, stanowiącej odpowiednio do przedmiotu umowy **załącznik nr 2a lub 2b** do zarządzenia.
2. W ramach realizowanej umowy zawartej z Funduszem, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach.
3. 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.
4. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych umową.

§ 25.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i ma zastosowanie do kontraktowania świadczeń na rok 2009 i lata następne.

§ 26.

Z dniem 31 grudnia 2008 r. traci moc zarządzenie Nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa

Prezes

Narodowego Funduszu Zdrowia

Jacek Paszkiewicz

Załączniki:

1. **Załącznik nr 1a** - Katalog zakresów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych
2. **Załącznik nr 1b** - Katalog zakresów świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej
3. **Załącznik nr 2a** - Wzór umowy o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych
4. **Załącznik nr 2b** - Wzór umowy o udzielanie świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej
5. **Załącznik nr 3a** - Warunki dla świadczeniodawców - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze
6. **Załącznik nr 3b** - Warunki dla świadczeniodawców - świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej
7. **Załącznik nr 4** - Karta kwalifikacji pacjenta do udzielenia świadczeń w ZOL/ZPO (zmodyfikowana skala Barthel)

8. **Załącznik nr 5** - Katalog środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych w które powinien zaopatrzyć świadczeniobiorcę stacjonarny zakład opiekuńczy
9. **Załącznik nr 6** - Skierowanie do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową
10. **Załącznik nr 7** - Karta kwalifikacji pacjenta do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową (zmodyfikowana skala Barthel)
11. **Załącznik nr 8** - Karta czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej
12. **Załącznik nr 9** - Standardowe wyposażenie nesesera pielęgniarskiego
13. **Załącznik nr 10** - Zgoda pacjenta na objęcie opieką hospicyjną
14. **Załącznik nr 11** - Wykaz schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką hospicyjną osoby dorosłe
15. **Załącznik nr 12** - Karta wizyt w domu chorego
16. **Załącznik nr 13** - Wykaz schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką hospicyjną dzieci i młodzież.