**Dz.U.2015.1658 j.t.** 

|  |
| --- |
|  |

**ROZPORZĄDZENIE**

**MINISTRA ZDROWIA**(1)

z dnia 22 listopada 2013 r.

**w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej**

(tekst jednolity)

komentarze praktyczne

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

1)   wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, zwanych dalej "świadczeniami gwarantowanymi";

2)   poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**§ 2.** Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

1)   lekarz specjalista - lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;

2)   lekarz w trakcie specjalizacji - lekarza, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;

3)   zakłady opiekuńcze - zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.).

**§ 3.** 1. Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

1)   stacjonarnych;

2)   domowych.

2. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

**§ 4.** 1. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia. Pobyt świadczeniobiorcy, który ukończył 18. rok życia i posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydłuża się do chwili ukończenia nauki.

2. Świadczenia gwarantowane obejmują:

1)   świadczenia udzielane przez lekarza;

2)   świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;

3)   rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;

4)   świadczenia psychologa;

5)   terapię zajęciową;

6)   leczenie farmakologiczne;

7)   leczenie dietetyczne;

8)   zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w zakładzie opiekuńczym;

9)   edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

3. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie:

1)   badania diagnostyczne;

2)   leki.

4. Przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku:

1)   chorób krwi i narządów krwiotwórczych,

2)   chorób nowotworowych,

3)   chorób oczu,

4)   chorób przemiany materii,

5)   chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,

6)   chorób skóry i tkanki podskórnej,

7)   chorób układu krążenia,

8)   chorób układu moczowo-płciowego,

9)   chorób układu nerwowego,

10)  chorób układu oddechowego,

11)  chorób układu ruchu,

12)  chorób układu trawiennego,

13)  chorób układu wydzielania wewnętrznego,

14)  chorób zakaźnych i pasożytniczych,

15)  urazów i zatruć,

16)  wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

-   gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

informacje o jednostce

wzory i zestawienia

**§ 5.** 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej "skalą Barthel", otrzymał 40 punktów lub mniej. W przypadku dzieci do ukończenia 3. roku życia nie dokonuje się oceny skalą Barthel.

2. Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

3. Oceny, o której mowa w ust. 1, dokonuje:

1)   przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego - lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego,

2)   w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, na koniec każdego miesiąca lub w przypadku zmiany stanu zdrowia - lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego

-   za pomocą karty oceny, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

4. Świadczeniobiorcę do zakładu opiekuńczego przyjmuje kierownik zakładu opiekuńczego w porozumieniu z lekarzem udzielającym świadczeń w tym zakładzie opiekuńczym.

informacje o jednostce

wzory i zestawienia

**§ 6.** Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych są realizowane przez:

1)   zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;

2)   pielęgniarską opiekę długoterminową domową.

**§ 7.** 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 pkt 1, są udzielane świadczeniobiorcy z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającemu stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheostomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy hełmy), ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, niewymagającemu hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagającemu jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

2. Świadczenia gwarantowane obejmują:

1)   w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza, pielęgniarkę oraz osobę, o której mowa w lp. 1 lit. A, w części Pozostały personel pkt 1 załącznika nr 4 do rozporządzenia;

2)   w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania wynosi powyżej 16 godzin na dobę, w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych oraz w przypadku dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia bez względu na czas trwania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza, pielęgniarkę oraz osobę, o której mowa w lp. 1 lit. A, w części Pozostały personel pkt 1 załącznika nr 4 do rozporządzenia;

3)   w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania wynosi od 8 do 16 godzin na dobę, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza, pielęgniarkę oraz osobę, o której mowa w lp. 1 lit. A, w części Pozostały personel pkt 1 załącznika nr 4 do rozporządzenia;

4)   w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, której czas trwania wynosi poniżej 8 godzin na dobę, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza i pielęgniarkę;

5)   badania diagnostyczne umożliwiające właściwą terapię oddechową w warunkach domowych, w szczególności:

a)  badania obrazowe, w tym RTG i USG - w pełnym zakresie,

b)  badania równowagi kwasowo-zasadowej krwi i gazów oddechowych w arterializowanej krwi kapilarnej.

3. Do obowiązków zespołu, o którym mowa w § 6 pkt 1, należy wyposażenie świadczeniobiorców w sprzęt, którego wykaz określa lp. 2 lit. A, w części Sprzęt medyczny i pomocniczy pkt 1 i 2 załącznika nr 4 do rozporządzenia.

4. Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 6 pkt 1, są:

1)   ukończenie i udokumentowanie leczenia przyczynowego;

2)   wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych, uzasadniających rozpoznanie i potwierdzających niemożność stosowania innej terapii niż ciągła lub okresowa wentylacja mechaniczna;

3)   nieobjęcie udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej lub realizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej;

4)   nieobjęcie udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (leczenie obturacyjnego lub centralnego bezdechu sennego za pomocą protezy powietrznej - aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego).

**§ 8.** Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 pkt 1, są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się:

1)   kartę informacyjną leczenia szpitalnego;

2)   wyniki badań świadczeniobiorcy;

3)   kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych:

a)  w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej - wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy,

b)  w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej - wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza specjalistę chorób płuc zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy.

**§ 9.** 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 pkt 2, obejmują:

1)   świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;

2)   przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;

3)   świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;

4)   edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;

5)   pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;

6)   pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

2. Świadczenia gwarantowane są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej.

3. Warunkami objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarską opieką długoterminową domową są:

1)   nieobjęcie opieką przez hospicjum domowe;

2)   nieobjęcie opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych;

3)   nieobjęcie opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;

4)   niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej.

**§ 10.** 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 pkt 2, są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową.

2. Oceny świadczeniobiorcy dokonuje:

1)   w dniu skierowania świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową - lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego,

2)   na koniec każdego miesiąca - pielęgniarka opieki długoterminowej domowej, o której mowa w lp. 2 lit. B, w części Pielęgniarka, załącznika nr 4 do rozporządzenia

-   za pomocą karty oceny, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

informacje o jednostce

wzory i zestawienia

**§ 11.** Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

informacje o jednostce

wzory i zestawienia

**§ 12.** 1. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r.

2. Do świadczeń gwarantowanych udzielanych przed dniem 1 stycznia 2014 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

**§ 13.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.(2)

**ZAŁĄCZNIKI**

**ZAŁĄCZNIK Nr 1**

**WYROBY MEDYCZNE STOSOWANE PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM**

grafika

**ZAŁĄCZNIK Nr 2**

WZÓR

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM**

grafika

**ZAŁĄCZNIK Nr 3**

WZÓR

**KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO OBJĘCIA/OBJĘTEGO PIELĘGNIARSKĄ OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ DOMOWĄ**

grafika

**ZAŁĄCZNIK Nr 4**

**WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU ŚWIADCZEŃ PIELĘGNACYJNYCH I OPIEKUŃCZYCH W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ**

grafika

|  |
| --- |
|  |