

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2009 r.

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

Na podstawie art. 31d 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.²⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
- 2) poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadku, o którym mowa w art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) warunki realizacji świadczeń gwarantowanych.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

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

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ 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 i Nr 118, poz. 989.

- 2) lekarz danej specjalności – lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w określonej dziedzinie medycyny;
- 3) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który ukończył drugi rok specjalizacji;
- 4) miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych u danego świadczeniodawcy;
- 5) specjalista psychoterapii uzależnień – osobę posiadającą kwalifikacje zawodowe w zakresie psychoterapii uzależnień, potwierdzone certyfikatem nadanym odpowiednio przez Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub Dyrektora Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, która prowadzi psychoterapię uzależnienia i współuzależnienia;
- 6) osoba w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień – osobę posiadającą status "osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym dla specjalisty psychoterapii uzależnień", potwierdzony zaświadczeniem wydanym odpowiednio przez Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub Dyrektora Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, która jest uprawniona do prowadzenia psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia;
- 7) zakłady opiekuńcze – zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.³⁾).

§ 3. 1. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych realizowane są w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

2. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w ust. 1, obejmują:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarkę;
- 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100.

- 4) świadczenia psychologa;
 - 5) terapię zajęciową;
 - 6) leczenie farmakologiczne;
 - 7) leczenie dietetyczne;
 - 8) zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i w środki pomocnicze stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych, określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
 - 9) badania diagnostyczne, w tym badania laboratoryjne i diagnostykę obrazową w zakresie koniecznym do wykonania świadczenia gwarantowanego;
 - 10) edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.
2. W przypadku, gdy z oceny dokonanej przez lekarza 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 sanitarnego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych, świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy przejazd środkami transportu sanitarnego w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych, o których mowa w ust. 2.
3. Przejazd środkami transportu sanitarnego, o którym mowa w ust. 3 finansowany jest w 40% ze środków publicznych.

§ 4. 1 Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 3 udzielane są świadczeniobiorcy z rozpoznaniem choroby przewlekłej, wymagającemu całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, który w ocenie skalą poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich, zwaną dalej „zmodyfikowaną skalą Barthel”, uzyskał 40 punktów lub mniej, a w przypadku świadczeniobiorcy zakażonego HIV albo chorego na AIDS - 50 punktów.

2. 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 oraz na koniec każdego miesiąca – lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego
- za pomocą karty oceny, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

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

- 1) zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
- 2) pielęgniarską opiekę długoterminową domową.

§ 6. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 5 pkt 1, obejmują:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza, pielęgniarkę oraz rehabilitanta;
- 2) badania diagnostyczne umożliwiające właściwą terapię oddechową w warunkach domowych, w szczególności:
 - a) badania obrazowe, w tym: RTG, USG - w pełnym zakresie,
 - b) badanie potencjałów wywołanych,
 - c) badania równowagi kwasowo-zasadowej krwi - w pełnym zakresie.

2. Warunkami udzielania świadczenia, o którym mowa w § 5 pkt 1, są:

- 1) ukończenie i udokumentowanie leczenia przyczynowego;
- 2) wykonanie wszelkich niezbędnych badań diagnostycznych, uzasadniających rozpoznanie i potwierdzających niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja;

3. Warunkiem udzielania świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcom wentylowanym mechanicznie w warunkach domowych jest nie objęcie udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej lub realizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej.

§ 7. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 5 pkt 1, udzielane są 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, wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 8. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 5 pkt 2, obejmują:

- 1) świadczenia pielęgniarskie;
- 2) przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
- 3) świadczenia pielęgnacyjne;
- 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.

§ 9. 1 Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 5 pkt 2, udzielane są na podstawie skierowania, którego wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia, wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz dołączonej do skierowania karty oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową, której wzór określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

2. Świadczenia gwarantowane w warunkach domowych, o których mowa w § 5 pkt 2, są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel uzyskał 40 punktów lub mniej

§ 10. 1. Okres udzielania świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 5 pkt 2, uzależniony jest od oceny stanu zdrowia świadczeniobiorcy dokonanej przy pomocy karty oceny, o której mowa w § 10.

2. Oceny, o której mowa w ust. 1, dokonuje się co miesiąc.

§ 11. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 3 i 5, finansowane są w całości ze środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia, za wyjątkiem:

- 1) świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, którzy w comiesięcznej ocenie, o której mowa w § 5 ust.1, uzyskali punktację wyższą niż 40 punktów;
- 2) świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom zakażonym HIV albo chorym na AIDS, którzy w comiesięcznej ocenie, o której mowa w § 5 ust.1, uzyskali punktację wyższą niż 50 punktów;
- 3) świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, którzy w comiesięcznej ocenie, o której mowa w § 11 uzyskali więcej niż 40 punktów.

§ 12. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określone są w załączniku nr 5 do rozporządzenia.

§ 13. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych po dniu 31 sierpnia 2009 r.

§ 14. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 31 sierpnia 2009 r.

MINISTER ZDROWIA

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Alina Budziszewska-Makulska

12.08.2009r.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie określa wykaz świadczeń gwarantowanych w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wraz z określeniem poziomu i sposobu finansowania oraz warunków realizacji świadczeń gwarantowanych.

Wykaz świadczeń gwarantowanych został przygotowany w oparciu o kryteria wskazane w art. 31a ustawy oraz rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych przedstawioną na podstawie rekomendacji Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych *Nr 54/16/2009 z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych do finansowania ze środków publicznych* zawierającą rekomendację, w której Rada Konsultacyjna „rekomenduje finansowanie ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej załączonych do projektów rozporządzeń w poszczególnych zakresach wymienionych w art. 15 ust. 2 ustawy, pod warunkiem, że obejmują one wszystkie świadczenia obecnie finansowane w ochronie zdrowia ze środków publicznych. Świadczenia te należy uznać za gwarantowane”.

W przedmiotowym rozporządzeniu uwzględniono specyfikę świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, stosując przy systematyce tych świadczeń przejrzyste i jasne podziały.

Przy kwalifikowaniu świadczeń do wykazu kierowano się fundamentalnym nakazem, jakim jest zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych o udowodnionej efektywności klinicznej, które jednocześnie możliwe są do sfinansowania ze środków publicznych.

Wykaz pełnić będzie również rolę informacyjną. Dla pacjenta będzie on stanowił źródło informacji, jakie świadczenia opieki zdrowotnej będą finansowane ze środków publicznych, a pośrednio również, za jakie świadczenia będzie musiał pokrywać pełne koszty. Będzie to również cenna informacja dla świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, którzy dzięki temu dowiedzą się z rozporządzenia, które świadczenia opieki zdrowotnej będą przedmiotem umowy z publicznym płatnikiem i jakie minimalne warunki realizacji świadczeń są stawiane przed ubiegającymi się o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Przyczynić się to powinno do stabilizacji stosunków kontraktowych pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym

Funduszem Zdrowia. Zakres świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych określony w projektowanym wykazie świadczeń gwarantowanych jest tożsamy z zakresem świadczeń zawartym obecnie w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Wstępna ocena zgodności projektu z prawem Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałują projektowana regulacja

Regulacja oddziałuje na ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencję Oceny Technologii Medycznych, świadczeniodawców realizujących świadczenia lub ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeniobiorców.

2. Wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany w szczególności do następujących podmiotów: Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związku Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowej Rady Transplantacyjnej, związków zawodowych i innych organizacji działających w ochronie zdrowia oraz do organizacji pacjenckich.

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie również umieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, gdyż wykaz świadczeń gwarantowanych w niniejszym rozporządzeniu jest tożsamy z zakresem świadczeń, który obecnie jest finansowany ze środków publicznych. Wykaz świadczeń regulowany przepisami powszechnie obowiązującymi spełnił będzie przede wszystkim funkcję informacyjną, w związku z tym, należy przyjąć, że zaproponowane w nim rozwiązania nie będą generować dodatkowych środków finansowych pochodzących z sektora finansów publicznych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zdrowie ludzi, ale powinno się przyczynić, z uwagi na określenie wykazu świadczeń gwarantowanych, do poprawy świadomości pacjentów o przysługujących im uprawnieniach do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

8. Ocena o zgodności regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.