KARTA PRAW OPIEKUNA

Karta Praw Opiekuna została opracowana przez eksperta Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, prof. nadzw. dr hab. Dorotę Karkowską, radcę prawnego, w ramach kampanii edukacyjnej „Żywienie medyczne – Twoje posiłki w walce z chorobą". Dokument powstał w oparciu m.in. o obowiązującą Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia, odnoszące się do opisanych w nim praw opiekunów.

SPIS TREŚCI

CZĘŚĆ I: Kto może być uznany za opiekuna pacjenta?

1. Rodzice dziecka wykonujący władzę rodzicielską
2. Opiekun prawny
3. Opiekun faktyczny

CZĘŚĆ II: Gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach domowych

1. Żywienie pacjenta, w tym żywienie dojelitowe
2. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej
3. Gwarantowana domowa opieka paliatywna i hospicyjna

CZĘŚĆ II: Prawa opiekuna do świadczeń pieniężnych w związku z opieką nad pacjentem

1. Prawo opiekuna do pobierania emerytury lub renty za pacjenta
2. Zasiłek opiekuńczy za czas sprawowania opieki na dzieckiem lub osobom bliską
3. Okres zasiłkowy

CZĘŚĆ I: KTO MOŻE BYĆ UZNANY ZA OPIEKUNA PACJENTA?

Opiekę nad pacjentem mogą sprawować:

a) rodzice dziecka wykonujący władzę rodzicielską lub
b) opiekun prawny ustanowiony przez sąd opiekuńczy, lub
c) opiekun faktyczny.

Jednak ich prawa w opiece nad pacjentem nie są identyczne.

Zakres sprawowanej opieki różni się od tego, czy jest to dziecko, osoba ubezwłasnowolniona czy osoba pełnoletnia i nieubezwłasnowolniona.

Więzi pomiędzy opiekunem a pacjentem:

- ✓ Rodzice dziecka i opiekun prawny – nazywani są przedstawicielami ustawowymi – ponieważ łączy ich z pacjentem więź prawna
- ✓ Opiekuna faktycznego i pacjenta łączy sytuacja faktyczna – opiekun „sam z siebie" sprawuje opiekę, choć nie ma obowiązku prawnego.

Opiekun pacjenta może, ale nie musi być jednocześnie osobą bliską.

Osoba bliska pacjenta to małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

O tym czy dana osoba jest opiekunem pacjenta decydują względy prawne lub faktycznie sprawowana opieka, a nie sam fakt „zaliczenia" do kręgu osób bliskich.

1. RODZICE DZIECKA WYKONUJĄCY WŁADZĘ RODZICIELSKĄ

- Władzę rodzicielską wykonuje każdy z rodziców, o ile nie jest jej pozbawiony lub ograniczony w jej sprawowaniu.
- Uprawnień z władzy rodzicielskiej nie można przenieść na inną osobę, np. na dziadków.
- Prawa ojca, czy matki są równe i żadne z nich nie ma w świetle prawa pozycji głowy rodziny.

Prawo rodziców o decydowaniu w sprawach zdrowotnych dziecka:

- W istotnych sprawach dziecka, jakimi są decyzje co do umieszczenia dziecka w szpitalu, przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, wykonania zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko leczeniu dziecka, rodzice muszą podejmować wspólne decyzje.
- Zgoda wyrażona przez rodziców wykonujących władzę rodzicielską, co do zasady jest wystarczająca, jeżeli dziecko nie ukończyło szesnastu lat.
- Jeżeli dziecko ukończyło szesnaście lat, a nie ukończyło lat osiemnastu – oprócz zgody rodziców konieczna jest zgoda małoletniego na wykonanie każdego zabiegu medycznego, na umieszczenie w szpitalu czy jego wypisanie.
- W sytuacjach konfliktowych pomiędzy rodzicami czy pomiędzy rodzicami a dzieckiem może nastąpić ingerencja sądu opiekuńczego.
- Rodzic pozbawiony władzy rodzicielskiej nie bierze udziału w podejmowaniu decyzji zdrowotnych wobec dziecka.

Każdy odrębnie z rodziców dziecka ma prawo do:

- Pełnej informacji o jego stanie zdrowia i całym procesie diagnostycznym, terapeutycznym, pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym;
- Wglądu w dokumentację medyczną dziecka;
- Do obecności przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego (osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby w przypadku: istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta);
- Odwiedzin dziecka w szpitalu i innych stacjonarnych podmiotach;
- Sprawowania dodatkowej opieki nad dzieckiem w szpitalu i innych stacjonarnych podmiotach, m.in. poprzez stały pobyt na terenie podmiotu wraz z dzieckiem;

- Żądania poszanowania dóbr osobistych dziecka, w szczególności intymności, godności, łagodzenia cierpienia;
- Reprezentowania dziecka jako pacjenta przed sądem i innymi podmiotami realizującymi zadania państwa.

2. OPIEKUN PRAWNY

Opiekun prawny jest przedstawicielem ustawowym pacjenta, ustanowionym przez sąd opiekuńczy i musi posiadać podstawę prawną swojego działania, a więc postanowienie Sądu w przedmiocie ustanowienia danej osoby opiekunem prawnym.

Tylko wylegitymowanie się odpowiednim dokumentem pozwala na odpowiednie sprawowanie opieki nad pacjentem, a szpitalowi (lub innemu podmiotowi) wiarygodne ustalenie, że dana osoba jest opiekunem prawnym.

2.1. Opiekun prawny dziecka:

- Opiekun prawny powinien uzyskać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby małoletniego pacjenta.
- Za „ważniejszą sprawę" dotyczącą osoby dziecka uważa się wyrażenie zgody na dokonanie zabiegów operacyjnych, z którymi wiąże się zarówno znaczny stopień ryzyka, jak i tych, z którymi takie ryzyko się nie wiążę czy umieszczenie pacjenta w placówce opiekuńczo-leczniczej lub Domu Pomocy Społecznej. Co do zasady nadzór sądu opiekuńczego nie powinien obejmować prostych zaleceń terapeutycznych czy zabiegów, zwłaszcza o charakterze diagnostycznym, czy też badań małoletniego.
- Opiekun prawny ma obowiązek przed podjęciem decyzji w ważniejszych sprawach wysłuchać pozostającego pod opieką, jeżeli pozwala na to jego rozwój umysłowy i stan zdrowia, oraz uwzględniać w miarę możliwości jego rozsądne życzenia.
- Jeżeli opiekun prawny doznaje przemijającej przeszkody w sprawowaniu opieki nad małoletnim, sąd opiekuńczy ustanawia kuratora.
- Zakres kompetencji kuratora do reprezentowania podopiecznego wynika z orzeczenia sądu opiekuńczego. W czasie wykonywania swoich funkcji kurator, podobnie jak opiekun, podlega nadzorowi sądu opiekuńczego.

2.2. Opiekun prawny osoby ubezwłasnowolnionej:

- Osoby chore psychicznie, dotknięte niedorozwojem umysłowym albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych mogą być pozbawione zdolności do czynności prawnej (ubezwłasnowolnienie całkowite – dotyczy osób, które ukończyły 13 lat) bądź w tej zdolności ograniczone (ubezwłasnowolnienie częściowe – dotyczy osób, które ukończyły lat 18). Mogą to być np. pacjenci z chorobą Alzhaimera.
- Z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie mogą wystąpić: małżonek osoby, której ubezwłasnowolnienie dotyczy, jej krewni w linii prostej i rodzeństwo oraz przedstawiciel ustawowy.

- Z wnioskiem takim może wystąpić ponadto prokurator.
- W przypadku braku osób mogących złożyć wniosek o ubezwłasnowolnienie, dyrektor np. szpitala, zakładu opiekuńczo-leczniczego, widząc potrzebę ubezwłasnowolnienia danej osoby, może złożyć do prokuratora wniosek o wszczęcie postępowania o ubezwłasnowolnienie.

2.2.1. Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się kuratelę.

- Kurator nie zyskuje automatycznie statusu przedstawiciela ustawowego osoby ubezwłasnowolnionej częściowo.
- Prawo kuratora do reprezentowania podopiecznego w zakresie decydowania za pacjenta musi wynikać wyraźnie z postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu kuratora.
- Jeśli sąd opiekuńczy nie przyznał kuratorowi prawa do reprezentowania podopiecznego, pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego. Wówczas w przypadku zabiegu operacyjnego lub innego zabiegu o podwyższonym ryzyku istnieje wymóg zgody zastępczej – sądu opiekuńczego.
- W przypadku zabiegów zwykłych osoba częściowo ubezwłasnowolniona może wyrazić zgodę samodzielnie (zgoda wyłączna).

2.2.2. Dla osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej ustanawia się przedstawiciela ustawowego – czyli opiekuna prawnego.

- Prawa i obowiązki takiego opiekuna są odpowiednie jak w przypadku opieki nad dzieckiem.
- Opiekun ma prawo do wyrażania zgody na każdy rodzaj interwencji medycznej.
- W przypadku braku obecności opiekuna prawnego prawo wyrażenia zgody na przeprowadzenie zwykłego badania może wykonać opiekun faktyczny.
- Jeżeli osoba całkowicie ubezwłasnowolniona jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć swoją opinię, oprócz zgody opiekuna prawnego, lekarz musi uzyskać zgody od osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej.
- Jeżeli osoba całkowicie ubezwłasnowolniona będzie dysponowała dostatecznym rozeznaniem i wyrazi sprzeciw, wymagane będzie zezwolenie sądu opiekuńczego, pomimo zgody opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego.

2.2.3. Opiekun prawny dziecka, jak i osoby ubezwłasnowolnionej, ma prawo i obowiązek do:

- Pełnej informacji o jego stanie zdrowia i całym procesie diagnostycznym, terapeutycznym, pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym;
- Wglądu w dokumentację medyczną pacjenta,
- Odwiedzin dziecka w szpitalu i innych stacjonarnych podmiotach,
- Do obecności przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego,

- Sprawowania dodatkowej opieki nad pacjentem w szpitalu i innych stacjonarnych Podmiotach, m.in. poprzez stały pobyt na terenie podmiotu wraz z pacjentem.
- Żądania poszanowania dóbr osobistych pacjenta, w szczególności intymności, godności, łagodzenia cierpienia.
- Reprezentowania pacjenta przed sądem i innymi podmiotami realizującymi zadania państwa.

2.3. Informacja w dokumentacji medycznej o opiekunie prawnym

- Oznaczenie opiekuna prawnego w dokumentacji medycznej dla dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej wymaga wpisania adresu jego miejsca zamieszkania.
- Natomiast co do osoby upoważnionej do informacji, wystarczające jest podanie imienia i nazwiska tej osoby oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, co może sprowadzać się np. do podania numeru telefonu, niekoniecznie zaś adresu.

3. OPIEKUN FAKTYCZNY

3.1. Opiekun faktyczny to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

Opiekun faktyczny może sprawować opiekę nad:

- Dzieckiem,
- Osobą ubezwłasnowolnioną,
- Osobą pełnoletnią i dysponującą pełną zdolnością do podejmowania decyzji w swoich sprawach, ale ze względu na swój stan zdrowia potrzebująca pomocy w zaspakajaniu swoich potrzeb,
- Osobą pełnoletnią i nieubezwłasnowolnioną, ale faktycznie niezdolną do świadomego rozeznania swojej sytuacji zdrowotnej oraz potrzebującą pomocy w zaspakajaniu swoich potrzeb.

3.2. Zasady wyrażanie zgody za pacjenta objętego opieką faktyczną

- Opiekun faktyczny nie jest uprawniony do wyrażania zgody na hospitalizacje czy podejmowanie czynności medycznych za osoby pozostające pod jego opieką.
- Opiekun faktyczny może wyrazić zgodę, tylko gdy podopieczny sam tego nie może uczynić, na przeprowadzenie zwykłego badania nie stwarzającego podwyższonego ryzyka.
- Bez upoważnienia od przedstawicieli ustawowych pacjenta opiekun faktyczny nie dysponuje uprawnieniem do odbioru wyników badań pacjenta.
- Jednocześnie brak opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego albo niemożność porozumienia się z nimi nie stanowi przeszkody do przeprowadzenia zwykłego badania.

- Zgodę w pozostałym zakresie mają prawo wyrazić rodzice lub opiekun prawny oraz sąd opiekuńczy, kiedy nie można skontaktować się z przedstawicielami ustawowymi.
- Natomiast opiekun faktyczny powinien być wysłuchany przez sąd opiekuńczy przy podjęciu decyzji w przedmiocie poddania małoletniego pozostałym interwencjom medycznym (czyli innych niż badanie świadczeń, wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metody leczenia lub diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko), gdyby zachodziła konieczność przeprowadzenia takiej interwencji, a nie było możliwości skontaktowania się z jego przedstawicielem ustawowym.
- W sytuacjach nagłych wobec każdego pacjenta – lekarz może podjąć czynności ratujące życie bez zgody.

3.3. Wyjątek: upoważnienie opiekuna faktycznego przez rodziców

- Zasadą jest osobiste wykonywanie władzy rodzicielskiej przez rodziców, lecz nie wyłącza to możliwości posługiwania się przez nich przy sprawowaniu tej władzy innymi osobami, o ile z przyczyn życiowych takie rozwiązanie służy dobru dziecka, a rodzice nie rezygnują z ingerencji w podstawowych sprawach dotyczących jego osoby.
- W przypadku udzielenia opiekunowi, sprawującemu bieżącą pieczę nad dzieckiem, pełnomocnictwa do podejmowania decyzji w sprawach leczenia dziecka, nie dochodzi do rezygnacji rodziców z ich uprawnień do podejmowania decyzji w podstawowych sprawach dziecka, a jedynie delegowania tych uprawnień na ściśle określoną osobę. Postępowanie takie jest więc możliwe, jeśli ma służyć dobru dziecka. Dla świadczeniodawcy udzielenie przez rodziców dziecka pełnomocnictwa w tym zakresie jest więc wiążące.
- W przypadku opiekuna prawnego ustanowionego przez sąd opiekuńczy - delegowanie uprawnień wymaga poinformowania tego sądu.

3.4. Udzielnie informacji opiekunowi faktycznemu

Zasada

Informowanie opiekuna faktycznego powinno być ograniczone tylko do informacji dotyczącej badania.
W szerszym zakresie opiekun faktyczny ma prawo do uzyskania informacji na temat stanu zdrowia pacjenta, jeżeli został wcześniej wyraźnie upoważniony. Upoważnienie takie ustanawiają rodzice dziecka, opiekun prawny lub sam pacjent, jeżeli jest pełnoletni.

Wyjątek od zasady

Jeżeli pacjent jest pełnoletni, ale nieprzytomny i nie upoważnił żadnej osoby do otrzymywania informacji na temat jego stanu zdrowia, a stan ten jest krytyczny lub rokowania wskazują na szybkie nastąpienie zgonu, lekarz może poinformować o stanie zdrowia pacjenta osobę bliską, nawet jeśli nie została ona do tego upoważniona, w tym opiekuna faktycznego.

Dokumentacja medyczna

Rodzice dziecka, opiekun prawny pacjenta lub sam pełnoletni pacjent mogą upoważnić opiekuna faktycznego do wglądu w dokumentację medyczną.

3.5. Kontakt z pacjentem w trakcie jego pobytu w stacjonarnym podmiocie

Odwiedziny pacjenta

Opiekun faktyczny ma prawo do odwiedzin dziecka, dorosłego pacjenta.
Z tym, iż przedstawiciele ustawowi dziecka, opiekun prawny dorosłego pacjenta, mogą się temu sprzeciwić, a szpital ma wówczas obowiązek nie dopuścić do takich odwiedzin.

Dodatkowa opieka nad pacjentem w szpitalu

Opiekun faktyczny ma prawo do sprawowania całodobowej, stałej dodatkowej opieki nad pacjent za zgodą rodziców dziecka, opiekuna prawnego pacjenta lub samego pełnoletniego pacjenta.

CZĘŚĆ II: GWARANTOWANE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH

Opiekun towarzyszy pacjentowi i wspiera go w chorobie. Jeżeli pacjent objęty jest leczeniem w warunkach domowych, warto znać prawa, jakie w tej sytuacji przysługują nie tylko choremu, ale także jego opiekunowi.

1. ŻYWIENIE PACJENTA, W TYM ŻYWIENIE DOJELITOWE

Właściwa ocena stanu odżywienia i wdrożenie właściwego leczenia żywieniowego zwiększa szanse chorych na wyzdrowienie, skuteczność zarówno leczenia zachowawczego, jak i chirurgicznego oraz zmniejsza ryzyko powikłań i skraca czas gojenia się ran pooperacyjnych.

Dlatego opiekun ma prawo do informacji o żywieniu, w tym o żywieniu dojelitowym.

Kiedy chory przebywa w szpitalu lub zakładzie opiekuńczym żywieniem zajmuje się personel tej placówki:

1) Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej poddaje wszystkich pacjentów przyjmowanych do leczenia, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, przesiewowej ocenie stanu odżywienia (SGA lub NRS 2002 - u dorosłych, na siatkach wzrastania u dzieci i młodzieży), zgodnie z zasadami określonymi w "Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego" Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego lub, w przypadku dzieci, zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci.
2) U pacjentów objętych powtarzalną hospitalizacją przesiewowa ocena stanu odżywienia jest dokonywana w czasie pierwszej hospitalizacji, a następnie nie rzadziej niż co 14 dni.

3) U pacjentów poddanych hospitalizacji i hospitalizacji planowej trwającej jeden dzień przesiewowa ocena stanu odżywienia jest dokonywana w przypadku spadku masy ciała w okresie ostatnich 6 miesięcy przekraczającego 5% zwykłej masy ciała (przesiewowa ocena stanu odżywienia nie jest dokonywana w oddziałach okulistycznych, otorynolaryngologicznych, alergologicznych oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jeżeli hospitalizacja pacjenta trwa krócej niż 3 dni.).
4) Pacjentów, u których stwierdzono na podstawie powyższej oceny zwiększone ryzyko związane ze stanem odżywienia, poddaje się ocenie żywieniowej.
5) Założenie PEGa
   - Zgodę na założenie PEGa u pacjenta, który musi być żywiony dojelitowo wyraża co do zasady pacjent, jeżeli jest pełnoletni i nieubezwłasnowolniony.
   - Opiekun prawny może sam wyrazić zgodę na taki zabieg, jeżeli pacjent nie ukończył lat 16, lub został ubezwłasnowolniony.
   - W przypadku pacjenta, który ukończył lat 16, a nie ukończył lat 18 – wymagana jest zgoda podwójna – pacjenta i opiekuna prawnego.
   - W sytuacji, gdy jest konflikt pomiędzy pacjentem a opiekunem lub gdy opiekun nie godzi się na przeprowadzenie takiego zabiegu u pacjenta poniżej 16 lat lub pacjenta ubezwłasnowolnionego – zgodę wyrazić musi sąd opiekuńczy.
   - Pacjent, jego rodzina lub Opiekun – w trakcie kiedy pacjent przebywa w zakładzie opiekuńczym ma prawo do świadczeń gwarantowanych polegających na edukacji zdrowotnej polegającą na ich do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Kiedy pacjent przebywa w warunkach domowych w niektórych sytuacjach konieczne jest żywienie dojelitowe.

Żywienie dojelitowe w warunkach domowych jest świadczeniem gwarantowanym.

Kwalifikacja pacjenta do leczenia dojelitowego następuje w warunkach szpitalnych lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe.

Opieka żywieniowa prowadzona w warunkach domowych jest rozwiązaniem dla pacjentów, którzy nie mogą odżywiać się doustnie lub żywienie tego typu jest niewystarczające, ale ich stan zdrowia nie wymaga opieki szpitalnej.

Żywienie dojelitowe w warunkach domowych polega na podawaniu pacjentowi bezpośrednio do żołądka lub jelita (przez zgłębnik wprowadzony do żołądka, dwunastnicy lub jelita cienkiego) diet przemysłowych zawierających substancje odżywcze w dawce pokrywającej dobowe zapotrzebowanie na energię. Świadczenie uwzględnia też kompleksową opieką nad pacjentem, wynikającą z choroby podstawowej i prowadzonego leczenia.

<u>Świadczenie gwarantowane obejmuje:</u>

1) Przygotowanie pacjenta i opiekunów do leczenia w warunkach domowych;
2) Zapewnienie pacjentom i opiekunom ciągłego kontaktu telefonicznego z personelem medycznym;

3) Program badań kontrolnych zgodnie z terminarzem wizyt oraz według potrzeb co najmniej raz na kwartał w:
   a) Poradni prowadzącej leczenie pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych lub
   b) Domu pacjenta
4) Dostarczanie diet, sprzętu (w tym nieodpłatne wypożyczanie pomp do żywienia dojelitowego w przypadku wskazań) i niezbędnych środków opatrunkowych do domu pacjenta;
5) Zapewnienie hospitalizacji w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym;
6) Udrożnienie lub poprawę mocowania zgłębnika lub naprawę zgłębnika lub przetoki - według potrzeb, kontrolę rtg położenia zgłębnika - według potrzeb;
7) Transport pacjenta do ośrodka w celu badań lub hospitalizacji w przypadku wskazań do transportu medycznego.

2. ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Pacjenci przewlekle mają prawo opieki długoterminowej.
Świadczenia te są realizowane przez:

a) zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
b) pielęgniarską opiekę długoterminową domową.

Inne są warunki objęcia opieką przez zespól, a inne przez pielęgniarkę.

2.1. Objęcie opieką pacjentów dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie – przez zespół długoterminowej opieki domowej

Nie każdy pacjent w opiece długoterminowej może być objęty opieką przez zespół.

Zespół udziela świadczeń następującym chorym: 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.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych przez zespół:

a) Ukończenie i udokumentowanie leczenia przyczynowego u pacjenta;
b) Wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych, uzasadniających rozpoznanie i potwierdzających niemożność stosowania innej terapii niż ciągła lub okresowa wentylacja mechaniczna;

c) Nieobjęcie pacjenta udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej lub realizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej;

d) Nieobjęcie pacjenta 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).

Żeby być objętym opieką przez zespół, do skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego trzeba dołączyć:

1) Kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
2) Wyniki badań pacjenta;
3) Kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych:
   a. w przypadku pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej - wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie pacjenta,
   b. w przypadku pacjentów 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 pacjenta.

2.2. Objęcie pacjenta pielęgniarską domową opieką długoterminową

Świadczenia gwarantowane są udzielane pacjentowi, który w ocenie skalą Barthel (dokonywanej przez personel medyczny) otrzymał 40 punktów lub mniej.

<u>Jakie świadczenia są gwarantowane:</u>

1) Świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
2) Przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samodzielnego prowadzenia opieki i pielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
3) Świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
4) Edukację zdrowotną pacjenta 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 pacjenta w domu.

<u>Warunki jakie trzeba spełnić dla objęcia pacjenta pielęgniarską opieką długoterminową:</u>

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.

Podstawą objęcia pielęgniarską domową opieką długoterminową jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny pacjenta do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową.

Oceny świadczeniobiorcy dokonuje:

1) W dniu skierowania pacjenta 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.

3. GWARANTOWANA DOMOWA OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują świadczenia,

1) Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
2) Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
3) Leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą leków dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
4) Leczenie innych objawów somatycznych;
5) Opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną;
6) Rehabilitację;
7) Zapobieganie powikłaniom;
8) Badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia, ordynację leków.

Ponadto, bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych:

Sprzęt medyczny i pomocniczy:

1) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej 1 szt. na 10 pacjentów;
2) ssak elektryczny w liczbie co najmniej 1 szt. na 10 pacjentów;
3) inhalatory;
4) glukometry;
5) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego;
6) pompy infuzyjne w liczbie co najmniej 1 szt. na 20 pacjentów;
7) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie;
8) neseser pielęgniarski dla każdej pielęgniarki wyposażony w:
    a. podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku:
        - <u>do wykonania iniekcji:</u>
            - igły, strzykawki, wenflony,
            - zestaw niezbędnych płynów dezynfekcyjnych i odkażających,
            - do przetaczania płynów:

- aparat do kroplowych wlewów dożylnych,
- zestaw gazików, plastry,
- stazę,

- do wykonania opatrunków:
  - serwety, pakiety opatrunkowe,
  - podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, nożyczki, miskę nerkową,
  - pakiet ochronny przed zakażeniem: maseczki, rękawice, fartuch,
  - sprzęt do płukania pęcherza moczowego lub przetoki:
  - strzykawkę jednorazowego użytku 50 ml,
  - strzykawkę specjalistyczną 50/60 K z końcówką cewnikową,
  - sprzęt do karmienia przez zgłębnik:
  - zgłębnik,
  - strzykawkę jednorazowego użytku 20 ml,

b. zestaw przeciwwstrząsowy: leki, rurkę ustno-gardłową, maseczkę do reanimacji z filtrem,
c. sprzęt do pomiaru ciśnienia krwi,
d. testy do obrazowego oznaczania wartości cukru we krwi i w moczu,
e. pakiet do mycia i odkażania rąk.

Opiekun nie jest sam.

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do:

1) Całodobowego dostępu przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza;
2) Porad lekarskich w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w miesiącu;
3) Całodobowego dostępu przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarkę;
4) Wizyt pielęgniarskich w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w tygodniu;
5) Pozostałego personelu - porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza.

Pacjentowi dorosłemu mogą być udzielane świadczenia gwarantowane w ramach opieki paliatywnej dla dzieci, jeżeli:

a) jednostka chorobowa ma charakter wrodzony lub choroba ograniczająca życie została zdiagnozowana przed ukończeniem przez pacjenta 18. roku życia, a pacjent korzystał ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia lub
b) nie istnieje możliwość odpowiedniego udzielania świadczeń gwarantowanych przez hospicja domowe dla dorosłych ze względu na rzadki charakter choroby lub miejsce zamieszkania.

CZĘŚĆ III: PRAWA OPIEKUNA DO ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH W ZWIĄZKU Z OPIEKĄ NAD PACJENTEM

1. PRAWO OPIEKUNA DO POBIERANIA EMERYTURY LUB RENTY ZA PACJENTA

- Jeżeli pacjent pobiera emeryturę lub rentę to świadczenia te mogą być wypłacane opiekunowi prawnemu.
- Do czasu ustanowienia opiekuna prawnego przez sąd świadczenia mogą być wyjątkowo wypłacane osobie sprawującej faktyczną opiekę, czyli opiekunowi faktycznemu.
- W tym celu, sprawujący faktyczną opiekę powinien złożyć przed organem rentowym stosowne oświadczenie o sprawowaniu opieki. W oświadczeniu tym powinno znaleźć się potwierdzenie tego faktu przez odpowiedni organ. Organem tym może być przykładowo kierownik ośrodka pomocy społecznej, kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, dyrektor szpitala lub dyrektor domu opieki.
- Osoba sprawująca faktyczną opiekę jest ponadto zobowiązana do poinformowania organu rentowego o zajściu okoliczności powodujących ustanie lub zawieszenie prawa do świadczenia albo wstrzymanie wypłaty świadczenia w całości lub w części.
- Pobierając świadczenia w imieniu osoby objętej opieką, należy pamiętać aby wszelkie wpływy z tego tytułu, ale także czynione ewentualnie wydatki były należycie dokumentowane, a zarząd majątkiem tej osoby był sprawowany w sposób należyty, z uwzględnieniem interesu tej osoby.

2. ZASIŁEK OPIEKUŃCZY ZA CZAS SPRAWOWANIA OPIEKI NA DZIECKIEM LUB OSOBĄ BLISKĄ

Opiekun, który podlega społecznemu ubezpieczeniu chorobowemu ma prawo do zasiłku opiekuńczego z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad:

a) Chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat – **60 dni w roku kalendarzowym**,

b) Chorym dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do ukończenia 18 lat - **30 dni w roku kalendarzowym**,

c) Dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji do ukończenia 18 lat - **30 dni w roku kalendarzowym - w przypadku:**

- Porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi lub rodzicowi sprawowanie opieki,
- Pobytu małżonka ubezpieczonego lub rodzica dziecka, stale opiekujących się dzieckiem, w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Za dzieci uważa się dzieci własne ubezpieczonego lub jego małżonka oraz dzieci przysposobione, a także dzieci przyjęte na wychowanie i utrzymanie.

Opiekun, który podlega społecznemu ubezpieczeniu chorobowemu ma prawo do zasiłku opiekuńczego z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad również **innym chorym członkiem rodziny**, tj.:

- Małżonkiem, rodzicami, rodzicem dziecka, ojczymem, macochą, teściami, dziadkami, wnukami, rodzeństwem oraz dziećmi w wieku powyżej 14 lat - jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym w okresie sprawowania opieki
- 14 dni w roku kalendarzowym.

3. OKRES ZASIŁKOWY

- Zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie na opiekę nad dziećmi i innymi członkami rodziny za okres nie dłuższy niż 60 dni w roku kalendarzowym.
- W przypadku, gdy opieka jest sprawowana wyłącznie nad dzieckiem lub chorym dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności osobami, zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie za okres nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym.
- Okres zasiłkowy w/w stosuje się niezależnie od liczby osób uprawnionych do zasiłku opiekuńczego oraz bez względu na liczbę dzieci i innych członków rodziny wymagających opieki.

Literatura:

1. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, tekst jedn. Dz.U.2019.1145
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jedn. Dz.U.2019 poz. 1127
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, tekst jedn. Dz.U.2015, poz..1658
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, tekst. jedn. Dz.U.2018 poz. 742,
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, tekst jedn. Dz.U.2016, poz. 357.