



Gdy senior nie domaga

**Wsparcie finansowe i
pomoc niefinansowa na
opiekę i rehabilitację**

Iwona Raszeja-Ossowska

Spis treści

Wstęp	2
Pomoc finansowa w sprawowaniu opieki nad seniorem	3
Dodatek pielęgnacyjny	3
Zasiłek pielęgnacyjny	3
Zasiłek opiekuńczy	4
Specjalny zasiłek opiekuńczy	4
Usługi opiekuńcze.....	5
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	6
Rehabilitacja	7
Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych	8
Rehabilitacja w warunkach domowych.....	8
Rehabilitacja w ośrodku/oddziale dziennym.....	9
Rehabilitacja ogólnoustrojowa	10
Rehabilitacja kardiologiczna	10
Rehabilitacja pulmonologiczna.....	10
Rehabilitacja udzielana w warunkach stacjonarnych.....	11
Rehabilitacja ogólnoustrojowa.....	11
Rehabilitacja pulmonologiczna.....	12
Rehabilitacja kardiologiczna	12
Rehabilitacja neurologiczna	13
Zakład opiekuńczo leczniczy (ZOL)	16
Hospicjum.....	16
Państwowe domy opieki.....	17
Gospodarstwo opiekuńcze	18
Źródła.....	20

Wstęp

Zarówno senior, jak i osoby sprawujące opiekę nad osobą starszą mogą liczyć na pomoc od państwa. Można ubiegać się o pomoc finansową oraz niefinansową.

Wsparcie finansowe, jak też niefinansowe może być jednak uzależnione od sytuacji materialnej (dochodów) seniora i jego opiekunów. Czasem możliwość ubiegania się o świadczenie i pomoc wynika z przepisów lokalnych. Niestety w wielu przypadkach uzyskanie pomocy wymaga i wiedzy i determinacji rodziny.

Na przykład lekarze nie zawsze wiedzą, że pacjent może skorzystać z rehabilitacji. Nie zawsze też znają zasady udzielania świadczeń rehabilitacyjnych. Stąd konieczne zaangażowanie rodziny i przyjaciół już w trakcie pobytu osoby chorej w szpitalu. Po wypisie ze szpitala może okazać się niemożliwe uzyskanie właściwego skierowania. Tymczasem np. przyjęcie na rehabilitację kardiologiczną czy neurologiczną jest możliwe wyłącznie w określonym czasie od wypisu ze szpitala.

Warto też pamiętać, że poszukując ośrodka/ szpitala nie ma potrzeby kierować się rejonizacją. Pacjent z Warszawy może np. korzystać z usług opiekuńczych czy leczniczych w województwie pomorskim.

Często zdarza się, że służby społeczne ograniczają swoją pomoc wyłącznie do klientów ośrodków pomocy społecznej. Wówczas warto poszukać wsparcia u organizacji społecznych: fundacji/ stowarzyszeń.

W opracowaniu zaprezentowane zostały wybrane formy wsparcia dla seniorów i ich opiekunów. Regulowane są zarówno przepisami dotyczącymi pomocy społecznej, jak też opieki zdrowotnej. Obejmują kwestie finansowe (zasiłki), jak też niefinansowe (opieka, rehabilitacja). W ostatniej części zaprezentowana została innowacja, jaką są testowane obecnie gospodarstwa opiekuńcze.

Kompendium powstało nie tylko w oparciu dostępne źródła, ale także w oparciu o doświadczenia własne autorki zdobyte w toku opieki nad osobą zależną – seniorem, mieszkającym na wsi.

Pomoc finansowa w sprawowaniu opieki nad seniorem

Dodatek pielęgnacyjny

Dodatek pielęgnacyjny przyznawany jest osobie, w przypadku której lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdzi całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Uwaga:

Za osobę całkowicie niezdolną do samodzielnej egzystencji uznaje się taką osobę, której sprawność jest na tyle ograniczona, że powoduje to konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

Dodatek pielęgnacyjny **przysługuje** m.in. emerytom i rencistom niezdolnym do samodzielnej egzystencji, a także automatycznie tym, którzy ukończyli 75 rok życia.

Dodatek pielęgnacyjny **nie przysługuje** osobie uprawnionej do emerytury lub renty, która przebywa w zakładzie opiekuńczo leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Dodatek pielęgnacyjny jest wypłacany przez ZUS. W przypadku pierwszej wskazanej powyżej grupy osób w celu uzyskania dodatku pielęgnacyjnego należy złożyć odpowiedni wniosek do ZUS-u wraz z orzeczeniem lekarskim o niezdolności do pracy. W przypadku drugiej grupy świadczenie przyznawane jest z urzędu.

Zasiłek pielęgnacyjny

Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji. Jest przyznawany w celu częściowego pokrycia wydatków związanych z zapewnieniem opieki i pomocy innej osoby.

Zasiłek pielęgnacyjny automatycznie przysługuje każdej osobie, która skończyła 75 lat.

Wniosek o zasiłek pielęgnacyjny należy złożyć w ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania.

Uwaga:

Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego.

Zasiłek opiekuńczy

Zasiłek opiekuńczy przysługuje w przypadku, gdy konieczne jest sprawowanie opieki innym chorym członkiem rodziny tj. małżonek, rodzice, teściowie, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci powyżej 14 lat - jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym w okresie sprawowania opieki. Zasiłek opiekuńczy to inaczej zwolnienie lekarskie na chorego członka rodziny.

W przypadku opieki nad seniorem zasiłek opiekuńczy wypłacany jest maksymalnie przez okres 14 dni w roku kalendarzowym (dni kalendarzowe – nie robocze). Zwolnienie lekarskie z tytułu opieki nad osobą starszą może zostać przedłużone. Za zwolnienie takie nie będzie przysługiwał zasiłek opiekuńczy.

Uwaga:

Zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie na opiekę nad dziećmi i innymi członkami rodziny za okres nie dłuższy niż 60 dni w roku kalendarzowym.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje tylko w przypadku, gdy nie ma innych członków rodziny mogących zająć się dzieckiem lub chorym członkiem rodziny. Limit 14 dni uprawniających do zasiłku dotyczy wszystkich osób, które opiekują się bliskim. W praktyce, więc na opiekę nad chorym rodzicem wszystkie dzieci mają łącznie 14 dni w roku, za które zostanie wypłacony zasiłek opiekuńczy

Uwaga:

Niewykorzystane dni opieki nad członkiem rodziny nie przechodzą na kolejny rok kalendarzowy.

Specjalny zasiłek opiekuńczy

Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje opiekunom dorosłych osób niepełnosprawnych. O zasiłek mogą ubiegać się osoby, które zrezygnowały z pracy, aby sprawować stałą opiekę nad osobą niepełnosprawną, ale także opiekunowie, którzy w ogóle nie podjęli zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej. O specjalny zasiłek opiekuńczy mogą ubiegać się również rolnicy, ich małżonkowie i domownicy.

O przyznaniu prawa do zasiłku decyduje kryterium dochodowe¹.

Usługi opiekuńcze

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych.

Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie:

- usług opiekuńczych,
- lub specjalistycznych usług opiekuńczych.

Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.

¹ Wg stanu na 02.11.2017 r.: łączny dochód rodziny osoby sprawującej opiekę oraz rodziny osoby wymagającej opieki w przeliczeniu na osobę nie może przekroczyć kwoty 764 zł. Jeżeli próg ten zostanie przekroczony, zasiłek przysługuje, jeżeli uprawniony dostawał go w poprzednim okresie zasiłkowym. Specjalny zasiłek opiekuńczy w 2017 roku to 520 zł miesięcznie.

Rada gminy określa, w drodze uchwały, szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania.

Uwaga:

W niektórych gminach, zgodnie z prawem lokalnym, usługi opiekuńcze świadczone są wyłącznie klientom pomocy społecznej. Dotyczy to także pomocy/ wsparcia przy organizacji usług opiekuńczych. W tych gminach, w związku z powyższym nie udziela się pomocy na zasadach komercyjnych, częściowo odpłatnej.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

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 opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych.

Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani świadczeniobiorcy przewlekle chorzy somatycznie i psychosomatycznie oraz psychicznie chorzy z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej, którzy w ocenie skalą Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów; w przypadku psychicznie chorych będących w ostrej fazie choroby, świadczenia zabezpieczone są zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1386).

Świadczenia gwarantowane realizowane przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową obejmują:

- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
- świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
- edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;

- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Warunkami objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarstwą opieką długoterminową domową są:

- nieobjęcie opieką przez hospicjum domowe;
- nieobjęcie opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych;
- nieobjęcie opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
- niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia gwarantowane realizowane przez pielęgniarstwą opieką długoterminową domową, są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową.

Uwaga:

1. Pielęgniarka ma obowiązek odbywać nie mniej niż 4 wizyty w tygodniu. Czas objęcia chorego opieką długoterminową zależy od stanu zdrowia pacjenta.
2. Przyznanie opieki nie jest uzależnione od dochodu.

Rehabilitacja

Seniorom, podobnie jak innym grupom pacjentów przysługuje prawo do rehabilitacji leczniczej. W większości wypadków jest to świadczenie nieodpłatne.

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej są realizowane **w warunkach ambulatoryjnych, domowych, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych.**

Na rehabilitację wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, tj. takiego, który pracuje w ramach umowy z NFZ.

Uwaga:

Na niektóre zakresy świadczeń, skierowanie wystawić może tylko lekarz specjalista.

Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych

Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej oraz na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne jest ważne 30 dni od daty wystawienia. W tym czasie skierowanie musi zostać zarejestrowane w miejscu udzielania świadczeń, bez względu na to, kiedy rozpocznie się rehabilitacja.

NFZ finansuje do 5 zabiegów dziennie w dziesięciodniowym cyklu terapeutycznym.

Rehabilitacja w warunkach domowych

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a także inni lekarze ubezpieczenia zdrowotnego, w tym lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej, medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, fizjoterapii i balneoklimatologii, balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, balneologii, balneologii i medycyny fizykalnej, reumatologii, neurologii, neurochirurgii i neurotraumatologii, chirurgii, chirurgii ogólnej, chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii, lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej, balneologii i medycyny fizykalnej, reumatologii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii.

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych jest ważne 30 dni od daty wystawienia. W tym czasie skierowanie musi zostać zarejestrowane, bez względu na to, kiedy rozpocznie się rehabilitacja.

Rehabilitacja w warunkach domowych przeznaczona jest dla pacjenta, który nie porusza się samodzielnie i nie ma możliwości dotarcia do placówki rehabilitacyjnej, która udziela świadczeń w trybie ambulatoryjnym (poradnia rehabilitacyjna, gabinet rehabilitacji, ośrodek/oddział dzienny rehabilitacji).

Zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych są udzielane świadczeniobiorcom z zaburzeniami funkcji motorycznych spowodowanymi:

- ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) - przez okres do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu;
- ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali oceny stopnia inwalidztwa;
- uszkodzeniem rdzenia kręgowego - przez okres 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego;
- chorobami przewlekłe postępującymi, w szczególności: miopatiami, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów;
- chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych, po zabiegach endoprotezoplastyki stawu - przez okres 6 miesięcy od dnia wykonania operacji;
- urazami kończyn dolnych - przez okres 6 miesięcy od dnia powstania urazu;
- osobom w stanie wegetatywnym lub apalicznym.

NFZ finansuje do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. W rehabilitacji domowej wykonywanych jest do 5 zabiegów dziennie.

W uzasadnionych przypadkach czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza kierującego na zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Świadczenia rehabilitacji w warunkach domowych nie mogą być łączone ze świadczeniami realizowanymi w zakresie hospicjum domowego.

Rehabilitacja w ośrodku/oddziale dziennym

Rehabilitacja w ośrodku/ oddziale dziennym przysługuje pacjentowi, którego stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową wystawia lekarz oddziału urazowo-ortopedycznego, chirurgicznego, neurochirurgicznego, reumatologicznego, chorób wewnętrznych, onkologicznego, urologicznego, rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej, ginekologicznego, lekarz poradni rehabilitacyjnej, neurologicznej, urazowo-ortopedycznej, reumatologicznej oraz - w przypadku schorzeń przewlekłych - lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

NFZ finansuje od 3 do 6 tygodni rehabilitacji. W przypadkach uzasadnionych medycznie koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Rehabilitacja kardiologiczna

Udzielana jest świadczeniobiorcom, w szczególności po ostrych zespołach wieńcowych, plastyce naczyń wieńcowych, zabiegach kardiochirurgicznych, zabiegach chirurgii naczyniowej, zaostrzeniach niewydolności serca.

Skierowanie na rehabilitację kardiologiczną wystawia lekarz oddziału kardiologii, oddziału kardiochirurgii, oddziału chorób wewnętrznych, poradni kardiologicznej, poradni rehabilitacyjnej.

NFZ finansuje czas trwania rehabilitacji kardiologicznej ośrodka lub oddziale ustalany indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego i trwa do 24 osobodni w okresie trzech miesięcy.

Rehabilitacja pulmonologiczna

Rehabilitacja pulmonologiczna obejmuje leczenie schorzeń układu oddechowego w oparciu o naturalny mikroklimat. Ma na celu poprawę sprawności funkcjonowania układu oddechowego przez:

- poprawę wentylacji płuc,
- zapobiegnięcie następstwom chorób układu oddechowego,
- poprawę mechaniki oddychania w przebiegu przewlekłych chorób układu oddechowego,
- poprawę sprawności ogólnej funkcjonowania ustroju,
- wykorzystanie rezerw oddechowych w razie nieodwracalnych zmian w obrębie układu oddechowego,
- nabycie niezbędnej wiedzy dotyczącej istoty choroby.

Skierowanie na rehabilitację pulmonologiczną wystawia lekarz poradni rehabilitacji medycznej gruźlicy i chorób płuc, alergologii, laryngologii, pulmonologii.

NFZ finansuje czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej w ośrodku lub oddziale, który ustalany jest indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego, nie krótszy niż 14 dni i nie przekraczający 24 dni.

Rehabilitacja udzielana w warunkach stacjonarnych

Rehabilitacja ogólnoustrojowa

Świadczenia przeznaczone dla pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego, w szczególności po urazach, zabiegach operacyjnych, zaostrzeniach chorób przewlekłych, którzy to pacjenci jednocześnie wymagają innych działań terapeutycznych, edukacyjnych, profilaktycznych i diagnostycznych.

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową wystawia lekarz oddziału urazowo-ortopedycznego, chirurgicznego, neurochirurgicznego, neurologicznego, reumatologicznego, chorób wewnętrznych, onkologicznego, ginekologicznego, urologicznego oraz w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych lekarz poradni rehabilitacyjnej urazowo-ortopedycznej, neurologicznej, reumatologicznej.

Do skierowania powinna być dołączona aktualna dokumentacja medyczna lub kopia, potwierdzająca rozpoznanie.

NFZ finansuje czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej warunkach stacjonarnych dla jednego świadczeniobiorcy od 3 do 6 tygodni. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Uwaga:

Rehabilitacja ogólnoustrojowa jest częściowo odpłatna.

Rehabilitacja pulmonologiczna

Świadczenia rehabilitacji pulmonologicznej udzielane są osobom wymagającym kompleksowych czynności rehabilitacyjnych w oddziale rehabilitacji pulmonologicznej w procesie leczenia powikłań lub przedłużających się chorób płuc.

Do rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych kierowani są w szczególności pacjenci cierpiący na:

- przewlekłe nieżyty oskrzeli, zanikowe, śluzowe, śluzowo-ropne, po przebytych zaostrzeniach z zaburzeniami wentylacji,
- rozedmę i pylice płuc,
- POChP,
- przewlekłe śródmiąższowe choroby płuc z zaburzeniami wentylacji,
- astmę oskrzelową po zaostrzeniach,
- rozstrzenie oskrzeli (choroba dróg oddechowych, będąca nieodwracalnym rozszerzeniem światła oskrzeli w wyniku uszkodzenia ich ściany),
- mukowiscydozę,
- stany po przebyłym odoskrzelowym zapaleniu płuc (do 3 tygodni od zakończeniu leczenia),
- stany po przebyłym wysiękowym zapaleniu opłucnej (do 3 tygodni od zakończenia leczenia),
- stany przed i pooperacyjne w obrębie dróg oddechowych.

Skierowanie na rehabilitację pulmonologiczną wystawia lekarz oddziału pulmonologicznego, torakochirurgicznego, kardiologicznego, laryngologicznego, chorób wewnętrznych, alergologicznego oraz lekarz poradni chorób płuc, rehabilitacyjnej, alergologicznej.

NFZ finansuje czas rehabilitacji pulmonologicznej warunkach stacjonarnych dla jednej osoby trwający do 3 tygodni. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Rehabilitacja kardiologiczna

Rehabilitacja kardiologiczna prowadzona jest w ramach wyodrębnionych grup świadczeń dla pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego.

Skierowanie na rehabilitację kardiologiczną w ramach kontynuacji leczenia jest wystawiane przez lekarza oddziału kardiologicznego, kardiochirurgicznego, chorób wewnętrznych, pediatrycznego oraz lekarza poradni kardiologicznej, rehabilitacyjnej.

Rehabilitacja kardiologiczna z chorobami współistniejącymi

Czas trwania rehabilitacji wynosi do 5 tygodni bez przerwy.

W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Pacjent jest przyjmowany bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 56 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby.

Rehabilitacja kardiologiczna – kategoria I i II

Kategoria I: Trwa do 3 tygodni bez przerwy, przez 6 dni w tygodniu. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Uwaga: Pacjent jest przyjmowany bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 42 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby. Wskazane jest pobranie skierowania wraz z wypisem ze szpitala.

Kategoria II: Trwa do 2 tygodni bez przerwy, przez 6 dni w tygodniu. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Uwaga: Pacjent jest przyjmowany bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 28 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby. Wskazane jest pobranie skierowania wraz z wypisem ze szpitala.

Rehabilitacja neurologiczna

Rehabilitacja neurologiczna prowadzona jest dla świadczeniobiorców ze schorzeniami neurologicznymi wszystkich grup wiekowych, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego.

Rehabilitacja neurologiczna prowadzona jest w ramach wyodrębnionych grup świadczeń, z podziałem na kategorie, w zależności od stanu pacjenta. Warunkiem zakwalifikowania świadczeniobiorcy do danej grupy jest udokumentowanie oceny ciężkości stanu klinicznego świadczeniobiorcy w indywidualnej dokumentacji medycznej.

Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu

Kategoria I: Rehabilitacja wynosi do 16 tygodni bez przerwy w przypadku wystąpienia chorób współistniejących oraz do 12 tygodni bez przerwy w przypadku braku chorób współistniejących. Pacjent przyjmowany jest bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 14 dni od wypisu pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku wystąpienia chorób współistniejących oraz bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku braku chorób współistniejących.

Pacjent przyjmowany jest bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Pacjent przyjmowany jest bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. **Wskazane jest pobranie skierowania wraz z wypisem ze szpitala.**

Kategoria II: Rehabilitacja trwa do 9 tygodni bez przerwy w przypadku wystąpienia chorób współistniejących oraz do 6 tygodni bez przerwy w przypadku braku chorób współistniejących.

Pacjent przyjmowany jest bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. **Wskazane jest pobranie skierowania wraz z wypisem ze szpitala.**

Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych

Kategoria I: Rehabilitacja trwa do 16 tygodni bez przerwy - w przypadku wystąpienia chorób współistniejących oraz do 12 tygodni bez przerwy - w przypadku braku chorób współistniejących.

Pacjent przyjmowany jest bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 14 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia układu nerwowego - w przypadku wystąpienia chorób współistniejących oraz bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy

uszkodzenia układu nerwowego - w przypadku braku chorób współistniejących. **Wskazane jest pobranie skierowania wraz z wypisem ze szpitala.**

Kategoria II: Rehabilitacja trwa do 9 tygodni bez przerwy w przypadku wystąpienia chorób współistniejących oraz do 6 tygodni bez przerwy w przypadku braku chorób współistniejących.

Pacjent przyjmowany jest bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia układu nerwowego. **Wskazane jest pobranie skierowania wraz z wypisem ze szpitala.**

Rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych

Kategoria I: Rehabilitacja trwa do 9 tygodni bez przerwy.

Pacjent przyjmowany jest bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 14 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia układu nerwowego. **Wskazane jest pobranie skierowania wraz z wypisem ze szpitala.**

Kategoria II: Rehabilitacja trwa do 6 tygodni bez przerwy.

Pacjent przyjmowany jest bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia układu nerwowego. **Wskazane jest pobranie skierowania wraz z wypisem ze szpitala.**

Lekarze uprawnieni do wystawiania skierowań

Skierowanie do rehabilitacji neurologicznej wszystkich grup i kategorii wystawia lekarz oddziału lub kliniki anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii, chorób zakaźnych lub lekarz poradni specjalistycznej rehabilitacyjnej, neurologicznej, neurochirurgicznej, chirurgii ogólnej, urazowo-ortopedycznej. **W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.**

Zakład opiekuńczo leczniczy (ZOL)

Zakład opiekuńczo-leczniczy udziela stacjonarnie i całodobowo usług medycznych, obejmujących długoterminową opiekę medyczną oraz pielęgnację pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji.

Celem działalności ZOL jest przywrócenie pacjentowi możliwie jak największej sprawności fizycznej oraz psychicznej, co w przyszłości pozwoli mu na samodzielne funkcjonowanie w warunkach domowych.

Zakład opiekuńczo-leczniczy zapewnia pielęgnację oraz rehabilitację w zakresie podstawowym. Lekarze dyżurują w dzień, w razie potrzeby wzywani są na oddział również w godzinach nocnych. Przez całą dobę zapewniona jest pomoc pielęgniarska.

Do zakładu opiekuńczo-leczniczego kwalifikują się osoby, które mają zakończony proces leczenia, są w pełni zdiagnozowane, nie wymagają hospitalizacji, a jednocześnie ich stan zdrowia nie pozwala na samodzielne funkcjonowanie. Ocena stanu zdrowia pacjenta w skali Barthel nie może przekroczyć 40 punktów. Do zakładu opiekuńczo-leczniczego nie kwalifikują się pacjenci ze stwierdzoną chorobą nowotworową, pacjenci z poważnymi zaburzeniami psychicznymi oraz pacjenci, których ocena stanu zdrowia w skali Barthel przekracza 40 punktów.

Pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest współfinansowany ze środków NFZ. 70% kwoty należnej za miesięczny pobyt w ZOL pochodzi ze środków pacjenta np. świadczeń emerytalno-rentowych, przy czym kwota ta nie może przekroczyć 250% minimalnej wartości świadczenia².

Decyzje o skierowaniu do ZOL wydawane są na pobyt czasowy, który wynosi do 6 miesięcy.

Hospicjum

Gdy senior jest nieuleczalnie chory, a leczenie sprowadza się do łagodzenia bólu i walki z odleżynami, warto pomyśleć o skorzystaniu z opieki w hospicjum.

Nie stosuje się tam uporczywej terapii, diagnostyki czy oceny postępów choroby. Leczenie polega na zwalczaniu uciążliwych objawów somatycznych (mdłości i wymioty, biegunki, zaparcia, duszności, jadłowstręt) i psychicznych (depresja). Nie ma respiratorów, transfuzji, reanimacji.

² <http://www.nfz-gdansk.pl/dla-pacjenta/zasady-korzystania-ze-swadczen-medycznych/opieka-dlugoterminowa,75>, online: 02.11.2017 r.

Nieuleczalnie chorzy mogą skorzystać z trzech niżej opisanych form pomocy.

- **Opieka poradni medycyny paliatywnej.** Skierowanie wypisuje lekarz rodzinny lub specjalista. Chory chodzący zgłasza się do najbliższego ambulatorium, choremu leżącemu przysługują maksymalnie dwie wizyty domowe w tygodniu.
- **Hospicjum domowe.** Chory przebywa w domu. Zgłoszenia można dokonać osobiście lub telefonicznie. Lekarz odwiedza pacjenta średnio raz w tygodniu (nie mniej niż dwa razy w miesiącu), pielęgniarka trzy razy tygodniowo (nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu), pozostali członkowie zespołu zaś (fizjoterapeuta, psycholog, pracownik socjalny, wolontariusze) – w zależności od potrzeb. Pacjent objęty opieką hospicjum domowego ma możliwość bezpłatnego wypożyczenia sprzętu i aparatury medycznej, np. materaca przeciwoleżynowego, aparatu tlenowego, kul, chodzika, wózka inwalidzkiego.
- **Hospicjum stacjonarne.** Zapewnia całodobową opiekę. Mogą z niego korzystać ci, których rodzina lub przyjaciele nie mają możliwości, by się o nich na co dzień troszczyć, podopieczni domów pomocy społecznej oraz pacjenci z trudnościami w oddychaniu czy przyjmowaniu pokarmów. Aby skorzystać z opieki hospicjum stacjonarnego, potrzebne będą skierowanie od lekarza rodzinnego lub specjalisty, dokumentacja medyczna chorego oraz jego pisemna zgoda. Pacjent w hospicjum stacjonarnym nie ponosi żadnych opłat. Chory objęty opieką hospicjum domowego pokrywa koszt leków i środków opatrunkowych.

Państwowe domy opieki

Osoby starsze, przewlekle chore i niesamodzielne mogą się starać o przyjęcie do państwowego domu pomocy społecznej (DPS). Placówki prowadzą gminy, powiaty, czasem urzędy marszałkowskie, związki wyznaniowe lub organizacje pozarządowe. W DPS-ach rachunki za opiekę pokrywają pensjonariusz, rodzina i gmina.

Opłata w DPS zależy od dochodu rodziny i miesięcznych kosztów utrzymania w danej placówce. Z zastrzeżeniem, że pensjonariusz nie może płacić więcej niż 70 proc. miesięcznych dochodów. Pozostałe 30 proc. pozostaje mu na własne wydatki albo idzie do depozytu.

Gdy podopieczny nie ma dochodów albo są one bardzo niskie, kosztami pobytu mogą zostać obciążeni członkowie rodziny: współmałżonek, dzieci, wnuki, a gdy tych nie ma – gmina. Pobyt w domu pomocy społecznej może być nawet w 65% dofinansowany z gminnych czy miejskich

budżetów, pod warunkiem, że renta lub emerytura pensjonariusza i dochody rodziny nie wystarczają na pokrycie pełnych kosztów.

Aby dostać miejsce w państwowym domu opieki, trzeba złożyć wniosek w ośrodku pomocy społecznej (ośrodku pomocy rodzinie) właściwym ze względu na miejsce zamieszkania. Decyzję o przyznaniu miejsca w placówce wydaje gmina.

Gospodarstwo opiekuńcze³

Gospodarstwa opiekuńcze to forma gospodarowania polegająca na łączeniu działalności rolniczej z opieką nad osobami potrzebującymi wsparcia.

Najważniejszą cechą charakterystyczną takich gospodarstw jest wykorzystywanie potencjału gospodarstwa rolnego do prowadzenia działań przede wszystkim o charakterze terapeutycznym, opiekuńczym i integracyjnym celem włączenia społecznego osób przebywających w danym gospodarstwie opiekuńczym. W takim ujęciu można traktować gospodarstwo opiekuńcze jako formę wsparcia w zakresie opieki i integracji społecznej realizowaną w ramach gospodarstwa prowadzącego działalność rolniczą.

Gospodarstwo opiekuńcze to forma wsparcia w zakresie opieki i integracji społecznej realizowana w ramach gospodarstwa prowadzącego działalność rolniczą.

W przedstawionej powyżej definicji, opieka jest rozumiana jako udzielanie pomocy osobom potrzebującym, a integracja społeczna jako proces dostosowywania się do ogólnie przyjętych zachowań ludzi w grupie. Odbiorcami tych usług są osoby, które z różnych powodów znajdują się tymczasowo lub stale w trudnej sytuacji życiowej. Takimi klientami mogą być m.in. osoby w podeszłym wieku.

Zaprezentowana powyżej definicja gospodarstwa opiekuńczego zakłada, że jest ono formą wsparcia w zakresie opieki i integracji społecznej realizowaną w ramach gospodarstwa prowadzącego działalność rolniczą. Oczywiście zatem jest, że w procesie powstawania oraz w funkcjonowaniu takiej placówki muszą brać udział rolnicy bądź osoby będące domownikami w gospodarstwach rolnych. Obecne uwarunkowania prawne ograniczają jednak możliwości łączenia działalności rolniczej ze świadczeniem usług opiekuńczych. Gospodarstwo opiekuńcze powinno być zatem prowadzone w

³ Fragmenty tekstu pochodzą z opracowania: K. Stępnik, J. Król, *Gospodarstwa opiekuńcze. Budowanie sieci współpracy*. Centrum Doradztwa Rolniczego w Brwinowie Oddział w Krakowie, Kraków 2017, s. 5, s. 9.

formie działalności gospodarczej bądź w formie podmiotu ekonomii społecznej (stowarzyszenie, fundacja lub spółdzielnia socjalna).

Uwaga:

Gospodarstwa opiekuńcze są w okresie testowania/ pilotażu⁴.

⁴ Według danych Ministerstwa Rolnictwa: <http://www.minrol.gov.pl/Ministerstwo/Biuro-Prasowe/Informacje-Prasowe/W-trosce-o-seniorow-na-obszarach-wiejskich>, online: 02.11.2017 r.

Źródła

<http://www.minrol.gov.pl/Ministerstwo/Biuro-Prasowe/Informacje-Prasowe/W-trosce-o-seniorow-na-obszarach-wiejskich>, online: 02.11.2017 r.

<http://www.nfz.gov.pl/>, online: 02.11.2017 r.

<http://www.nfz-gdansk.pl/dla-pacjenta/zasady-korzystania-ze-swadczen-medycznych/opieka-dlugoterminowa,75>, online: 02.11.2017 r.

<https://www.mpips.gov.pl/>, online: 02.11.2017 r.

Stępnik K., Król J., *Gospodarstwa opiekuńcze. Budowanie sieci współpracy*. Centrum Doradztwa Rolniczego w Brwinowie Oddział w Krakowie, Kraków 2017