Załącznik 1

Ministerstwo Zdrowia

Dzienny dom opieki medycznej

organizacja i zadania

maj 2015

Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Słownik:

1) **Deinstytucjonalizacja opieki zdrowotnej** - są to wszelkie działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form świadczeń zdrowotnych w środowisku lokalnym mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych, zawodowych osobom z chorobami przewlekłymi, osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku, dzieciom i młodzieży;

2) **Dzienny dom opieki medycznej (DDOM)** - jest jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych;

3) **Indywidualny plan wsparcia** –- plan pracy terapeutycznej z uczestnikiem, tworzony na podstawie sporządzonej diagnozy potrzeb oraz diagnozy możliwości psychofizycznych uczestnika i wspólnie z nim realizowany;

4) **Całościowa Ocena Geriatryczna (COG)** – wielowymiarowy, interdyscyplinarny i zintegrowany proces diagnostyczny służący do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcyjnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych;

5) **Osoba korzystająca ze wsparcia** – osoba bezpośrednio korzystająca ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) w ramach dziennego domu opieki medycznej;

6) **Koszt pobytu** – wszystkie koszty związane z objęciem opieką osób zakwalifikowanych do pobytu w dziennym domu opieki medycznej;

7) **Pobyt w dziennym domu opieki medycznej** – korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług (wyżywienie, transport) świadczonych w dziennym domu opieki medycznej;

8) **Rodzina** – osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące lub wskazane przez osobę zakwalifikowaną do dziennego domu opieki medycznej;

9) **Zespół terapeutyczny** – zespół powoływany do kompleksowej opieki nad osobami zakwalifikowanymi do dziennego domu opieki medycznej.

Wstęp

Zgodnie z postanowieniami zatwierdzonego w dniu 17 grudnia 2014 r. przez Komisję Europejską Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) istnieje możliwość podejmowania działań ukierunkowanych na wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi).

PO WER jest programem, który z jednej strony odpowiada na potrzeby reform w obszarach zatrudnienia, wykluczenia społecznego, edukacji, szkolnictwa wyższego, **zdrowia** i dobrego rządzenia, z drugiej zaś oferuje wsparcie bezpośrednie w obszarach, których wsparcie z poziomu krajowego jest uzasadnione obiektywnymi przesłankami. Program daje możliwość przygotowania, przetestowania i wdrożenia innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych poprawiających funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Wsparcie sektora ochrony zdrowia w ramach Programu nastąpi poprzez realizację **Osi V Wsparcie dla obszaru zdrowia.**

Zgodnie z założeniami, standard dziennego domu opieki medycznej zostanie pilotażowo przetestowany w ramach PO WER, a następnie upowszechniony z wykorzystaniem środków Regionalnych Programów Operacyjnych w ramach perspektywy finansowej na lata 2014-2020.

Równolegle do działań finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego podejmowane będą działania zmierzające do uzupełnienia wykazu świadczeń gwarantowanych tak, aby po zakończeniu pilotażu, na podstawie uzyskanych wyników w ramach przeprowadzonej ewaluacji, została opracowana karta problemu zdrowotnego, której sporządzenie jest pierwszym etapem prac nad zakwalifikowaniem danego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego.

I. Cele

Główny cel:

Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój systemu świadczeń zdrowotnych dla osób niesamodzielnych, w tym osób starszych.

Zaplanowane działanie ma na celu poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi, w szczególności osobami starszymi, poprzez przygotowanie i wdrożenie rozwiązań organizacyjnych umożliwiających rozwój form świadczeń zdrowotnych.

Projektowane rozwiązanie stanowi realizację działań na rzecz osób starszych i niesamodzielnych, określonych w dokumencie pn.: „Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020", przyjętym Uchwałą Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 (M.P. z 2014 r., poz. 118). Główne zidentyfikowane wyzwania dla polityki senioralnej, wokół których wypracowano kierunki interwencji, to m.in. wydłużenie okresu aktywności zawodowej, wykorzystanie potencjału osób starszych w obszarze aktywności społecznej i obywatelskiej, zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające na godzenie życia zawodowego z rodzinnym osób pracujących w wieku 50+ (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi). Jednocześnie należy zaznaczyć, iż kwestie związane z koniecznością podjęcia działań na rzecz osób starszych w obszarze zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych zostały ujęte w rozdziale 2 pn.: *„Zdrowie i samodzielność"*, w szczególności w podrozdziale 2.1.1 Priorytet 1. pn.: *„Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych"* oraz w podrozdziale 2.1.3 Priorytet 3. pn.: *„Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych".*

Projektowane rozwiązania zostały przygotowane w oparciu o dokument pn. *„Standardy postępowania w opiece geriatrycznej"*, opracowany przez Zespół do spraw gerontologii, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw gerontologii (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 13, poz. 87, z późn. zm.), jak również z uwzględnieniem zaleceń zawartych w Informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach przeprowadzanej w Ministerstwie Zdrowia kontroli P/14/062 pn. *„Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym".*

Cele pośrednie:

- poprawa jakości zarządzania finansowego w ochronie zdrowia poprzez wdrożenie efektywnych kosztowo rozwiązań w zakresie medycznej opieki pozaszpitalnej;
- rozwój sektora usług medycznych świadczonych w warunkach zbliżonych do domowych,
- rozwój nowych form dziennej opieki nad osobami niesamodzielnymi;
- poprawa stanu zdrowia osób niesamodzielnych;
- zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji wśród osób niesamodzielnych;
- zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, rozwój wsparcia opiekunów osób niesamodzielnych (edukacja, wsparcie psychologiczne).

II. Realizatorzy projektu – dzienne domy opieki medycznej (podmioty uprawnione do składania wniosków o dofinansowanie projektów w ramach PO WER)

Dzienny dom opieki medycznej może być prowadzony przez podmiot leczniczy posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Dzienny dom opieki medycznej jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego, który złoży wniosek o dofinansowanie projektu.

III. Osoby korzystające ze wsparcia w dziennym domu opieki medycznej

Do dziennego domu opieki medycznej mogą być przyjęci:

- pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej;
- pacjenci, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

Wsparcie skierowane będzie do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale

szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.

Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach dziennego domu opieki medycznej będą objęte osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach 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.).

Pacjenci w wieku powyżej 65 r.ż. powinni stanowić co najmniej ¾ łącznej liczby pacjentów. Podstawowe cele kwalifikowania pacjentów do domu opieki medycznej to: poprawa stanu zdrowia i samodzielności życiowej, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, przygotowanie pacjenta i rodziny do życia z niepełnosprawnością i samoopieki - możliwe do uzyskania poprzez rehabilitację lub modyfikację leczenia farmakologicznego - co będzie oceniane w momencie kwalifikacji do objęcia opieką.

W dziennym domu opieki medycznej będzie mogło przebywać równocześnie nie mniej niż 10 i nie więcej niż 15 pacjentów.

IV. Kryteria wyłączenia z możliwości korzystania z usług dziennego domu opieki medycznej

Ze względu na charakter opieki świadczonej w dziennym domu opieki medycznej, ze wsparcia wyłączone będą osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

V. Zasady kwalifikowania i tryb kierowania do dziennego domu opieki medycznej

Kierowanie do dziennego domu opieki medycznej odbywa się na podstawie skierowania (załącznik nr 1) oraz karty oceny stanu klinicznego, sporządzanej z zastosowaniem skali poziomu samodzielności (skala Barthel) (załącznik nr 2). Skierowanie do dziennego domu opieki medycznej wydaje:

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej,
- w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego udzielający świadczeń w szpitalu.

VI. Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej

Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych. Pobyt może zostać skrócony z założonych 30 dni w przypadku dobrowolnej rezygnacji pacjenta oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, wymagającego realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne). W pierwszym miesiącu, pacjenci przebywać będą w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez 8-10 godzin dziennie, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie.

Podmiot leczniczy prowadzący dzienny dom opieki medycznej zobowiązany jest do opracowania regulaminu organizacyjnego działania dziennego domu opieki medycznej, który będzie określał w szczególności godziny pracy.

VII. Czas pracy dziennego domu opieki medycznej

Dzienny dom opieki medycznej funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin. W wyjątkowych przypadkach liczba dni i godzin funkcjonowania domu może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb.

VIII. Zakres świadczeń udzielanych w ramach dziennego domu opieki medycznej

Dzienny dom opieki medycznej zapewnia opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach domu opieki medycznej należą:

- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
- usprawnianie ruchowe;
- stymulacja procesów poznawczych;
- terapia zajęciowa;
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego zapewnia się pacjentowi w ramach projektu Europejskiego Funduszu Społecznego niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. W każdym przypadku wymagane jest przygotowanie przez zespół terapeutyczny uzasadnienia zlecenia realizacji wymienionych świadczeń.

Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w dziennym domu opieki medycznej zapewnione zostanie odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, prowadzone będą zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz w razie potrzeby bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrót do miejsca zamieszkania. Wymagana będzie zgoda lub zobowiązanie rodziny do współpracy w przygotowaniu pacjenta do transportu.

Świadczenia zdrowotne udzielane w trakcie pobytu pacjenta w dziennym domu opieki medycznej:

- **najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta**

Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dokonuje oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków. Zastosowanie określonych i wskazanych poniżej narzędzi do oceny stanu zdrowia pacjenta powinno być zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta. Dodatkowo w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonywana będzie całościowa ocena geriatryczna (COG), składająca się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzona wykonaniem oceny według skali VES-13.

Celem dokonania oceny sprawności funkcjonalnej przeprowadza się:

a) w przypadku pacjentów poniżej 65 r. ż:

- ocenę czynnościową – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem.
- ocenę fizyczną:
  - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem;

- równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
- określenie występowania niewydolności serca (Skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
- określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;

- ocenę stanu umysłowego - określenie stanu emocjonalnego (skala depresji Hamiltona, HAM-D); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.

b) w przypadku pacjentów powyżej 65 r. ż.:

- ocenę czynnościową – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona); badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem;
- ocenę fizyczną:
  - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA); badanie powinno być wykonane przez dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem;
  - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti); badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem;
  - określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA); badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem;
  - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem;
- ocenę stanu umysłowego:
  - ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.

- określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS); badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.

Na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny zespół terapeutyczny przygotowuje indywidualny plan terapii, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii.

- **na koniec każdego miesiąca**

Zespół terapeutyczny dokonuje oceny rezultatów podjętych działań. Jeżeli stwierdzi u uczestnika programu postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, może modyfikować przyjęty plan działania i podjąć decyzję o dalszym sprawowaniu opieki. Natomiast w przypadku, kiedy brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta i jego opiekunów faktycznych, zespół podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.

- **przed wypisaniem pacjenta**

Konieczne jest dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu zdrowia. Następnie pracownik socjalny, wykonujący swoje zadania na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z poźn. zm.), przeprowadza ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu, jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej – na tej podstawie może podjąć decyzję o konieczności skierowania do innej placówki świadczącej pomoc instytucjonalną, np. dom pomocy społecznej, etc. Koszt wynagrodzenia pracownika socjalnego nie jest pokrywany ze środków projektu.

IX. Wymagania dotyczące personelu

Opieka dla 10–15 pacjentów realizowana będzie przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny w składzie:

1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
2) lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby;
3) pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu, magister pielęgniarstwa lub pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub w trakcie odbywania

specjalizacji: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w ww. dziedzinach; zaleca się, aby były to osoby, które ukończyły szkolenie w ramach projektu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej"; udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 2 godziny dziennie;

4) pielęgniarka - posiadająca doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami przewlekle chorymi; zaleca się, aby była to osoba, która ukończyła szkolenie w ramach programu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej";

5) osoby prowadzące fizjoterapię – zaleca się, aby były to osoby, które ukończyły szkolenie w ramach projektu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej"; udzielają świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 4 godziny dziennie;

6) opiekun medyczny – zaleca się, aby była to osoba, które ukończyła szkolenie w ramach projektu pn. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej";

7) terapeuta zajęciowy - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo;

8) psycholog lub psychoterapeuta – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo.

Dopuszcza się możliwość angażowania do zespołu terapeutycznego:

1) dietetyka, który z chwilą przyjęcia pacjenta do domu opieki medycznej opracuje jadłospis, ściśle współpracując z lekarzami zlecającymi indywidualne diety dla pacjentów, będzie udzielał pacjentom i ich rodzinom porad w zakresie żywienia;

2) logopedy lub afazjologa, który będzie udzielał świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta;

3) farmaceuty, którego zadaniem będzie sprawowanie opieki farmaceutycznej - czuwanie nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta.

Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny obowiązany będzie do przeprowadzania cotygodniowych narad w celu omówienia postępów w procesie usprawniania i pielęgnacji

oraz ustalenia dalszego planu terapii. W cotygodniowych naradach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego musi uczestniczyć co najmniej 50% składu zespołu. Dodatkowo, w przypadku konieczności wsparcia socjalno-bytowego pacjenta i jego opiekunów, można nawiązać współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

X. Wymagania dotyczące zaplecza dziennego domu opieki medycznej

Pomieszczenia muszą być dostosowane dla osób niesamodzielnych i starszych. Wymagane będzie spełnianie warunków określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

W budynku lub w zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń, muszą być zapewnione co najmniej następujące warunki:

1) szatnia;
2) toalety dla pacjentów - odrębne dla kobiet, mężczyzn oraz personelu;
3) łazienka z umywalką, prysznicem i krzesełkiem wraz z uchwytami oraz wydzielonym pomieszczeniem na środki przeznaczone do pielęgnacji i higieny;
4) dyżurka lekarska i pielęgniarska oraz gabinet pracy psychologa z pełnym wyposażeniem;
5) pomieszczenie wyposażone w sprzęt do terapii zajęciowej;
6) pomieszczenie lub miejsce na sprzęt medyczny i bieliznę pościelową;
7) pomieszczenie ze stołami i krzesłami, służące jako miejsce spotkań i jadalnia, pomieszczenie kuchenne lub aneks kuchenny wyposażony w sprzęt, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożywania posiłku, pomieszczenie z zestawem wypoczynkowym i sprzętem audiowizualnym (może być wspólne z terapią zajęciową oraz jadalnią);
8) pomieszczenia do rehabilitacji leczniczej wyposażone co najmniej w następujący sprzęt do:

- kinezyterapii (piłki, laski do ćwiczeń, drabinki, materace, rotor do ćwiczeń kończyn górnych, rotor do ćwiczeń kończyn dolnych, stół rehabilitacyjny, UGUL),
- krioterapii miejscowej,
- masażu (stół do masażu),
- elektrolecznictwa,

- światłolecznictwa,
- leczenia polem elektromagnetycznym.

9) pomieszczenie dla chorych częściowo leżących z co najmniej 2 łóżkami na 10-15 uczestników programu, szafką przyłóżkową oraz umywalką w pomieszczeniu;

10) gabinet diagnostyczno-zabiegowy.

W dziennym domu opieki medycznej musi być zapewniony następujący sprzęt medyczny:

1) aparat EKG;
2) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej;
3) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;
4) zestaw do reanimacji;
5) glukometr;
6) stetoskop;
7) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.

XI. Trwałość projektu

Planuje się, że trwałość rezultatów projektu zostanie zapewniona poprzez wpisanie realizowanego w ramach pilotażu świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego. Równolegle do działań finansowanych ze środków EFS podejmowane będą działania zmierzające do uzupełnienia wykazu świadczeń gwarantowanych tak, aby po zakończeniu pilotażu, na podstawie uzyskanych wyników w ramach przeprowadzonej ewaluacji, została opracowana karta problemu zdrowotnego, której sporządzenie jest pierwszym etapem prac nad zakwalifikowaniem danego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego. W dalszej kolejności, po przyjęciu karty przez Kolegium Ministerstwa Zdrowia, zostanie zlecone wydanie przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji rekomendacji w sprawie zakwalifikowania przedmiotowego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego. Po uzyskaniu rekomendacji AOTMiT możliwe będzie podjęcie decyzji co do zakwalifikowania świadczenia do wykazu określonego w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W przypadku wydania negatywnej rekomendacji przez AOTMiT, alternatywą dla zachowania trwałości projektu pilotażowego, wdrażanego w ramach programu krajowego PO WER, będzie dalsza jego realizacja w formie działań upowszechniających i wdrożeniowych z wykorzystaniem środków zaplanowanych w Regionalnych Programach Operacyjnych.

XII. Wskaźniki monitorowania projektu

- liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi – 40;
- liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu – minimalnie 10 maksymalnie 15 na projekt;
- liczba pacjentów, którzy zostali objęci opieką i ukończyli leczenie – minimum 60 na projekt;
- odsetek osób korzystających z usług dziennego domu opieki medycznej pozytywnie oceniających funkcjonowanie domu opieki medycznej (na podstawie badania satysfakcji pacjentów lub członków ich rodzin) – min. 80%.

XIII. Warunki finansowe realizacji projektu

Wydatki ponoszone w ramach pilotażu standardu dziennego domu opieki medycznej finansowane są ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego zgodnie z zapisami dokumentu pn. *Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020*. Czas trwania projektu nie może być krótszy niż dwa lata.

XIV. Efektywność kosztowa projektu

Znacząca część pacjentów leczonych na oddziałach chorób wewnętrznych to osoby powyżej 65 r.ż., w 2014 r. – średnia wartość hospitalizacji według danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynosiła 2 400 zł (przy 6 dniach pobytu, co daje średni koszt osobodnia wynoszący 400 zł). Natomiast w przypadku pacjentów przebywających na oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej, stacjonarnej, średni koszt osobodnia wynosi obecnie 120 zł. W sytuacji skierowania pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, łączny koszt pobytu wynosi minimum 95 zł dziennie. Na ww. koszt składa się stawka NFZ w wysokości 75 zł dzień oraz odpłatność pacjenta, stanowiąca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Przy założeniu, że podstawą do wyliczenia jest najniższe świadczenie emerytalne (880 zł) dopłata pacjenta do jednego dnia pobytu kształtuje się na poziomie minimum 20 zł. Jednym z efektów pilotażowego wdrożenia standardu dziennego domu opieki medycznej będzie wycena osobodnia pobytu osoby niesamodzielnej objętej tą formą wsparcia.

Jak pokazują wyniki badania PolSenior, 95,8% osób starszych wymagających stałej, codziennej pomocy pozostaje pod opieką członków rodziny. Jednym z problemów o znaczeniu strategicznym dla zaspokojenia potrzeb osób starszych i niesamodzielnych jest stworzenie zintegrowanego systemu opieki długoterminowej, obejmującej zarówno pomoc

instytucjonalną, jak i opiekę domową. Zachodzące zmiany demograficzne oraz uwarunkowania kulturowe, powodować będą stały wzrost popytu w społeczeństwie na czasową opiekę na osobami niesamodzielnymi, taką jak dzienne domy opieki medycznej. Rozwój tego rodzaju rozwiązań stanowić będzie efektywniejszą kosztowo i organizacyjnie formę sprawowania opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Ponadto zaproponowane zmiany systemowe sprzyjać będą ograniczeniu występowania zjawiska wykluczenia społecznego, zarówno samych pacjentów, jak i członków ich rodzin.

XV. Katalog innych kosztów związanych z działaniem dziennego domu opieki medycznej możliwych do sfinansowania w ramach projektu

Przy konstruowaniu budżetu projektu projektodawca obowiązany jest do kierowania się Wytycznymi horyzontalnymi w zakresie kwalifikowania, w tym w szczególności racjonalnością i efektywnością wydatków. Każdy projektodawca zobowiązany jest do zachowania zasady efektywnego zarządzania finansami nie tylko na poziomie poszczególnych wydatków, ale również na poziomie całego projektu. W związku z powyższym na etapie negocjacji wniosku o dofinansowanie projektodawca może zostać zobowiązany do przedstawienia potwierdzenia należytego szacowania kosztów. W tym celu beneficjent powinien przedstawić wyliczenia/kalkulacje potwierdzające rynkowość uwzględnionych w budżecie cen. Należy pamiętać, że wykazanie danego wydatku w budżecie projektu nie zwalnia beneficjenta z konieczności ponoszenia wydatków zgodnie z zasadą należytego zarządzania finansami. Oznacza to, że nawet zatwierdzenie wydatku we wniosku o dofinansowanie nie przesądza, że dokładnie taka sama kwota jest możliwa do wydatkowania w ramach projektu. Może się bowiem okazać, że z przeprowadzonej procedury wyboru wykonawcy (zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych lub zasadą konkurencyjności), faktyczna wartość usługi będzie odbiegać od wartości usługi zaprojektowanej w budżecie projektu. W ramach projektów o charakterze deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi kwalifikowalne są w szczególności następujące kategorie wydatków:

- wynagrodzenie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego,
- ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne – badania zlecone przez lekarza specjalistę (łączny koszt tych badań nie może przekroczyć kwoty 3 000 zł dla jednego pacjenta w ramach całego pobytu w dziennym domu opieki medycznej) – wymaga każdorazowego udokumentowania wskazania do wykonania badania,
- zabezpieczenie leków doraźnych, pierwszej pomocy, wyrobów medycznych, które nie wynikają z planu leczenia i pielęgnacji pacjenta,
- wydatki poniesione na zakup materiałów gospodarczych oraz wyrobów medycznych i materiałów wykorzystywanych w terapii zajęciowej i usprawnianiu ruchowym,

- opłaty za utrzymanie pomieszczeń (czynsz, najem, opłaty administracyjne),
- opłaty za energię elektryczną, cieplną, gazową i wodę, opłaty przesyłowe, opłaty za odprowadzanie ścieków,
- doposażenie w sprzęt obiektu przeznaczonego bezpośrednio na dzienny dom opieki medycznej (w wysokości określonej przez system realizacji PO WER).

Powyższy katalog kosztów nie jest katalogiem zamkniętym.

Załącznik nr 1

WZÓR

SKIEROWANIE DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy
.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy
.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)
.....
Nr telefonu do kontaktu
.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy
.....
Rozpoznanie w języku polskim według ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)
.....

Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca .....

– do dziennego domu opieki medycznej.

....
Miejscowość, data Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

Załącznik nr 2

WZÓR

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO DZIENNEGO DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel [1)]

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność[2)]	Wynik[3)]
1	**Spożywanie posiłków:** **0** - nie jest w stanie samodzielnie jeść **5** - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety **10** - samodzielny, niezależny	
2	**Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:** **0** - nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu **5** - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) **10** - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna **15** - samodzielny	
3	**Utrzymywanie higieny osobistej:** **0** - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych **5** - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	**Korzystanie z toalety (WC)** **0** - zależny **5** - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam **10** - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	

5	**Mycie, kąpiel całego ciała:** **0** - zależny **5** - niezależny lub pod prysznicem	
6	**Poruszanie się po powierzchniach płaskich:** **0** - nie porusza się lub < 50 m **5** - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m **10** - spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m **15** - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	**Wchodzenie i schodzenie po schodach:** **0** - nie jest w stanie **5** - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie **10** - samodzielny	
8	**Ubieranie się i rozbieranie:** **0** - zależny **5** - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy **10** - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	**Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:** **0** - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw **5** - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) **10** - panuje, utrzymuje stolec	
10	**Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:** **0** - nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny **5** - czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) **10** - panuje, utrzymuje mocz	
	Wynik kwalifikacji[4)]	

Wynik oceny stanu zdrowia

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga[1)] skierowania do dziennego domu opieki medycznej

.....

.....

.....

....

data, pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego

---

[1] Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel".

Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą.

Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.

[2)] W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy.

[3)] Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości.

[4)] Należy wpisać uzyskaną sumę punktów z lp. 1 – 10.