

Wersja z dnia 16.12.2010 r. godzina 11:00

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia .....2010 r.

**w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w  
zakładach opieki zdrowotnej z zakresu pielęgnowania w opiece długoterminowej**

Na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Standardy postępowania i procedury medyczne wykonywane w zakładzie opieki zdrowotnej z zakresu pielęgnowania w opiece długoterminowej określają sposób postępowania w opiece długoterminowej, w szczególności polegający na utrzymaniu stabilnego stanu biologicznego pacjenta niesamodzielnego oraz zapobieganiu skutkom długotrwałego unieruchomienia tego pacjenta.

§ 2.

Standardy postępowania i procedury medyczne wykonywane w zakładzie opieki zdrowotnej z zakresu pielęgnowania w opiece długoterminowej są określone w załączniku do rozporządzenia.

§ 3.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

**DYREKTOR**  
Departamentu Prawnego

Władysław Puzoń  
13072 prawni

**ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM  
za zgodność pod względem  
prawnym i redakcyjnym**

DIREKTORA  
Departamentu Zdrowia Publicznego

p. ...owski

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

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 19, poz. 100, Nr 76, poz. 641, Nr 98, poz. 817, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1707 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620 i Nr 107, poz. 679.

**Standardy postępowania i procedury medyczne wykonywane w zakładzie opieki  
zdrowotnej z zakresu pielęgnowania w opiece długoterminowej**

**I. Przepisy ogólne**

**1. Użyte w załączniku określenia oznaczają:**

1) kompensacja - zastosowanie środka pomocniczego lub sprzętu umożliwiającego niepełnosprawnemu pacjentowi samodzielne wykonywanie w całości lub w części czynności związanych z samopielęgnacją;

2) opieka długoterminowa - formę realizacji następujących świadczeń zdrowotnych: pielęgniarских, pielęgnacyjnych, lekarskich, leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych, świadczonych w dłuższym okresie lub stale pacjentowi, który w związku z chorobą lub urazem jest niepełnosprawny i niesamodzielny;

3) opiekun medyczny – osobę zajmującą się zawodowo pielęgnacją pacjentów niesamodzielnych, posiadającą kwalifikacje określone w części VIII ust. 2 niniejszego załącznika;

4) pacjent niesamodzielny - osobę, która z powodu choroby, urazu, wady wrodzonej lub wieku jest niezdolna do samodzielnego funkcjonowania i wymaga wykonania lub pomocy pielęgniarki lub opiekuna medycznego w zakresie podstawowej pielęgnacji;

5) pacjent z NTM - pacjenta z nietrzymaniem moczu;

6) podstawowa pielęgnacja - świadczenie zdrowotne obejmujące wykonywanie lub pomoc pacjentowi niesamodzielnemu w czynnościach samopielęgnacji;

7) skala Barthel - narzędzie służące do oceny sprawności funkcjonalnej pacjenta w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych oraz określania rodzaju i zakresu udzielanej mu w ramach opieki długoterminowej pomocy; sprawność pacjenta oceniana jest w zakresie 10 podstawowych funkcji życiowych, w skali od w pełni niesamodzielnego (0 pkt) do samodzielnego (10 lub 15 pkt);

8) specjalistyczna pielęgnacja - świadczenie zdrowotne obejmujące pielęgnowanie pacjenta niesamodzielnego z problemami zdrowotnymi wymagającymi wykonywania przez pielęgniarkę w szczególności czynności, takich jak zakładanie zgłębnika, cewników, odśluzowywanie, karmienie przez gastrostomię lub opatrywanie ran przewlekłych i innych do których uprawniona jest pielęgniarka na podstawie odrębnych przepisów;

9) świadczenie opiekuńcze - świadczenie towarzyszące podstawowej oraz specjalistycznej pielęgnacji polegające na zapewnieniu pacjentowi niesamodzielnemu bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu oraz pomocy w komunikowaniu się z otoczeniem;

10) świadczenie pielęgnacyjne - podstawową i specjalistyczną pielęgnację, realizowane na rzecz pacjenta niesamodzielnego w zakresie samopielęgnacji.

2. Standardy postępowania w opiece długoterminowej obejmują:

1) utrzymanie i wspomaganie tych umiejętności w zakresie samopielęgnacji, które pacjent jeszcze posiada, oraz pomoc w ponownym nauczaniu utraconych umiejętności (pielęgnacja aktywizująca);

2) częściowe zastąpienie utraconych umiejętności w zakresie samopielęgnacji poprzez wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przez pielęgniarkę lub opiekuna medycznego których pacjent niesamodzielny nie może wykonać samodzielnie; częściowe zastąpienie należy łączyć z elementami pielęgnacji aktywizującej;

3) całkowite zastąpienie utraconych umiejętności w zakresie samopielęgnacji poprzez wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przez pielęgniarkę lub opiekuna medycznego których pacjent niesamodzielny nie może wykonać samodzielnie;

4) instruktaż, poradnictwo, koordynację w zakresie samopielęgnacji, które są formami wspierającymi proces pielęgnowania pacjenta niesamodzielnego niepełnosprawnego intelektualnie, chorego psychicznie i z zaburzeniami psychicznymi; instruktaż obejmuje także motywowanie pacjenta do samodzielnego wykonania codziennych czynności życiowych;

5) sprawowanie nadzoru w zakresie samopielęgnacji pacjenta, mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa przy wykonywaniu konkretnej czynności oraz kontroli, czy pacjent wykonał daną czynność i jak ją wykonał, w szczególności:

a) wspomaganie i utrzymanie umiejętności psychicznych i intelektualnych,

b) unikanie samozagrożenia i zagrożenia dla innych,

c) zredukowanie lęków, drażliwości lub agresji.

3. Procedury medyczne z zakresu pielęgnowania w opiece długoterminowej obejmują postępowanie lecznicze, profilaktyczne, rehabilitacyjne, pielęgniarskie oraz pielęgnacyjne realizowane na rzecz pacjenta niesamodzielnego, w zakresie higieny osobistej,

przemieszczenia się, odżywiania, żywienia dojelitowego, przyjmowania leków, zmiany opatrunków, usprawniania.

## II. Pielęgnacja pacjenta niesamodzielnego

1. Ustalenie procesu pielęgnowania, w tym oceny stanu fizycznego i funkcjonowania w zakresie utrzymywania higieny osobistej pacjenta niesamodzielnego w momencie objęcia opieką długoterminową oraz w przypadku, gdy wystąpi jakakolwiek zmiana jego zdolności poznawczych lub funkcjonowania należy do kompetencji pielęgniarki. Pielęgniarka identyfikuje czynniki ryzyka oraz te obszary, które mogłyby pacjenta niesamodzielnego uczynić podatnym na utratę kontroli nad czynnościami fizjologicznymi.

2. Higiena osobista obejmuje czynności takie jak kąpiel i mycie ciała, higiena jamy ustnej, higiena stóp i paznokci, mycie włosów, czesanie, golenie, ubieranie i rozbieranie, pomoc w czynnościach fizjologicznych, dbałość o czystość łóżka i szafki przyłóżkowej, zmianę pościeli.

3. Czynności higieny osobistej wykonuje się z następującą częstotliwością:

- 1) kąpiel w wannie co najmniej raz na tydzień;
- 2) natrysk lub toaleta ciała w łóżku co najmniej raz dziennie;
- 3) mycie włosów co najmniej raz na 2 tygodnie;
- 4) mycie rąk i twarzy w związku z przyjmowaniem posiłków;
- 5) toaletę jamy ustnej (mycie zębów, protezy zębowej) co najmniej dwa razy dziennie;
- 6) czesanie co najmniej raz dziennie;
- 7) golenie co najmniej raz na 2 dni;
- 8) ubieranie co najmniej raz na dobę;
- 9) rozbieranie;
- 10) obcinanie paznokci co najmniej raz w miesiącu;
- 11) zmiana środków pomocniczych co najmniej 4 razy na dobę;
- 12) toaleta okolic intymnych po oddaniu stolca i zmianę środków pomocniczych w zależności od potrzeb średnio 2 razy na dobę (u osób z problemem nietrzymania kału);
- 13) opróżnienie worka na mocz 2 razy na dobę (w przypadku założonego cewnika);
- 14) zmiana worka stomijnego w zależności od potrzeb (w przypadku stomii);
- 15) zmiana pościeli w razie potrzeby, nie rzadziej niż raz na 2 tygodnie;
- 16) pomoc w korzystaniu z WC – indywidualnie według potrzeb.

## III. Standard pielęgnowania pacjenta z NTM.

1. Standard pielęgnowania pacjenta z NTM obejmuje działania związane z zachowaniem, przywróceniem kontroli i kompensacją braku kontroli nad czynnościami fizjologicznymi.

2. Ocena czynników uzależniających pacjenta z NTM od opieki jest dokonywana raz w miesiącu, w oparciu o:

1) kryteria:

a) poziom nietrzymania moczu:

- nietrzymanie moczu (poniżej 200ml),
- nietrzymanie moczu (od 200 do 400ml),
- nietrzymanie moczu, ciągle i w dużych ilościach ( powyżej 400ml),

b) wagę ciała,

c) sprawność ruchową:

- chodzący,
- przemieszczający się z trudem albo za pomocą sprzętu,
- unieruchomiony,

d) korzystanie z toalety:

- samodzielnie,
- wymagający pomocy,
- nie korzysta,

e) stan umysłowy:

- akceptujący plan opieki,
- problemy z akceptacją,
- demencja,

f) stan skóry:

- normalna,
- zaczerwieniona,
- zmacerowana,
- uszkodzenie;

2) zapotrzebowanie na środki pomocnicze w nocy i w dzień: pieluchomajtki, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne, wkładki urologiczne, cewniki zewnętrzne, podkłady na łóżko.

3. Przy zmianie środków pomocniczych należy zapewnić adekwatną częstotliwość, odpowiedni sposób zakładania środków pomocniczych oraz przestrzeganie ogólnych zaleceń dotyczących pielęgnacji pacjenta niesamodzielnego i z NTM, określonych w części II niniejszego załącznika. Środki pomocnicze powinny być traktowane jako zabezpieczenie skóry i bielizny, a nie jako zbiorniki na mocz czy kał zastępujące regularne korzystanie przez pacjenta z WC. U pacjentów z NTM, którzy są w stanie samodzielnie dotrzeć do WC, i którzy są zdolni do samoobsługi w zakresie założenia i zdjęcia bielizny, aby skorzystać z WC powinny być stosowane majtki chłonne.

4. Kontrola jakości pielęgnowania pacjenta z NTM obejmuje takie zagadnienia, jak:

1) rodzaj i ilość stosowanych środków pomocniczych;

- 2) adekwatność zastosowanych środków pomocniczych do poziomu nietrzymania moczu;
- 3) produkty używane do mycia i osuszania skóry;
- 4) warunki wymiany środków pomocniczych;
- 5) sposób i częstotliwość przeprowadzania pielęgnacji stanu skóry i okolic krocza;
- 6) dostępność do WC i zakres pomocy pacjentowi.

5. W procesie pielęgnowania pacjenta z NTM przestrzega się zasad profilaktyki odleżyn, a w szczególności:

- 1) używania do mycia łagodnych mydeł w płynie, pianek i chusteczek oczyszczających;
- 2) mycia ciała zawsze w kierunku – od przodu do tyłu;
- 3) wykonywania pielęgnacji okolic krocza przy każdej zmianie środków pomocniczych;
- 4) zmniejszenia nawilżenia skóry poprzez używanie środków pomocniczych „oddychających”, wysoko absorpcyjnych, zakrywających skórę w minimalnym stopniu;
- 5) stosowania materacy przeciwoodleżynowych;
- 6) unikania pocierania i masowania osłabionej skóry;
- 7) zapewniania ochrony wrażliwej skóry za pomocą kremów ochronnych;
- 8) zapewnienia właściwego poziomu odżywiania się pacjenta;
- 9) przekazywania wzajemnie informacji zwrotnych na temat przyczyn i skutków uszkodzeń skóry;
- 10) eliminowania czynników ryzyka;
- 11) zapewniania, aby pacjenci zabezpieczeni środkami pomocniczymi mogli korzystać z toalety tak często, jak tego potrzebują.

6. W zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym powinna być wyznaczona pielęgniarka posiadająca wiedzę z zakresu problematyki nietrzymania moczu, sprawująca nadzór nad procedurami medycznymi, pielęgnacyjnymi oraz doбором i częstotliwością wymiany środków pomocniczych i sprzętu medycznego u pacjentów z NTM.

#### IV. Standard pielęgnacji w zakresie przemieszczania się

1. Standard pielęgnacji w zakresie przemieszczania się dotyczy pacjenta, który nie ma fizycznej lub psychicznej zdolności celowego i bezpiecznego przemieszczania się.
2. Pielęgniarka dokonuje oceny wszystkich istotnych dla procesu pielęgnacji ograniczeń funkcji narządu ruchu, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju niedowładu (miotki czy spastyczny) i jego rozmiaru (całkowity czy częściowy), porażenia, ataksji, zaburzenia równowagi, jak również funkcjonalnego ograniczenia wynikającego ze schorzeń centralnego układu nerwowego lub schorzeń psychicznych.

3. Pielęgniarka przed rozpoczęciem czynności związanej z przemieszczaniem się pacjenta powinna ocenić stan fizyczny i psychiczny pacjenta, w tym:

- 1) możliwości nawiązania kontaktu oraz jego formy;
- 2) orientację pacjenta co do swej osoby, miejsca, czasu i sytuacji oraz występowania zaburzeń pamięci;
- 3) wydolność fizyczną.

4. Pielęgniarka lub opiekun medyczny powinni dążyć do kompensacji utraconej sprawności w przemieszczaniu się, stosownie do stanu zdrowia osoby objętej pielęgnacją poprzez adekwatny dobór środków pomocniczych.

5. Pomoc w przemieszczaniu się obejmuje czynności:

- 1) zmiany pozycji ciała w łóżku;
- 2) transfer łóżko- wózek lub fotel;
- 3) przewożenie wózkiem inwalidzkim lub wózkiem-nosze;
- 4) asystowanie przy chodzeniu;
- 5) pomoc w stosowaniu wyrobów medycznych wspomagających przemieszczanie się.

6. Czynności w przemieszczaniu się obejmują:

- 1) zmianę pozycji ciała w łóżku w razie potrzeby, nie rzadziej niż co 2 godziny;
- 2) przemieszczanie łóżko – wózek lub fotel 4 razy na dobę, w razie potrzeby przy pomocy sprzętu wspomagającego;
- 3) asystowanie przy chodzeniu lub przewożenie wózkiem średnio 4 razy na dobę;
- 4) stosowanie podnośników - pionizatorów i sprzętu ślizgowego, jeżeli to możliwe - przy przemieszczaniu pacjenta unieruchomionego.

7. W procesie pielęgnowania pacjenta długotrwale unieruchomionego niezmieniającego samodzielnie pozycji ciała, zaleca się stosowanie łóżek pielęgnacyjnych z regulowaną wysokością leża i zagłówka, z oprzyrządowaniem wspomagającym pielęgnację i wyposażonych w materac przeciwoleżynowy i zabezpieczenie pacjenta przed upadkiem.

## V. Standard pielęgnacji w zakresie odżywiania się

1. Pielęgniarka dokonuje oceny stanu odżywienia i nawodnienia pacjenta oraz jego umiejętności w zakresie samodzielnego odżywiania się w sposób zgodny ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

2. Pomoc w zakresie odżywiania się obejmuje takie czynności jak przygotowanie posiłku: podgrzanie, rozdrobnienie, posmarowanie kanapek, karmienie, pojenie, zabezpieczenie i właściwe przechowywanie żywności i płynów pacjenta.

3. Pielęgniarka lub opiekun medyczny powinni dążyć do kompensacji braku umiejętności samodzielnego odżywiania się przez pacjenta poprzez zastosowanie sprzętu wspomagającego np. profilowanych sztućców, pojeników z uchwytymi zabezpieczonych przed wylaniem płynu.

4. Częstotliwość pomocy w odżywianiu się:

- 1) przygotowanie posiłków i płynów, co najmniej 3 razy na dobę;
- 2) karmienie lub pomoc w przyjmowaniu posiłków - 3-5 razy na dobę;
- 3) pojenie lub pomoc w przyjmowaniu płynów - 5 razy na dobę (łącznie do 2000 ml);
- 4) karmienie przez zgłębnik (wykonuje pielęgniarka na zlecenie lekarza) 5 razy na dobę;
- 5) karmienie przez gastrostomię (wykonuje pielęgniarka na zlecenie lekarza) 5 razy na dobę;
- 6) karmienie przez jejunostomię (wykonuje pielęgniarka za pomocą pompy na zlecenie i w sposób określony przez lekarza);
- 7) systematyczny pomiar masy ciała i wyliczenie wskaźnika masy ciała (BMI) co najmniej raz w miesiącu.

## VI. Standard pielęgnacji w zakresie żywienia dojelitowego

1. Żywienie dojelitowe to podawanie kompletnych odżywczo diet innych niż naturalne do żołądka, dwunastnicy lub jelita cienkiego drogą inną niż doustna.

2. Żywienie dojelitowe stosuje się na zlecenie lekarza, gdy karmienie drogą naturalną jest niewystarczające i niemożliwe, w szczególności z powodu zaburzeń połykania, niedrożności lub przetoki w górnym odcinku przewodu pokarmowego oraz wyniszczenia organizmu pacjenta.

3. Mieszaniny żywieniowe w żywieniu dojelitowym mogą być podawane przez:

- 1) zgłębnik nosowo-żołądkowy, nosowo-dwunastniczy lub nosowo-jelitowy (wprowadza lekarz lub przeszkolona pielęgniarka);
- 2) przezskórne przetoki odżywcze wytwarzane operacyjnie lub endoskopowo:
  - a) gastrostomia – dla pacjentów, u których możliwe jest żywienie bezpośrednio do żołądka, a pokarm może być podawany za pomocą strzykawki, wlewu grawitacyjnego lub przez pompę,
  - b) jejunostomia – dla pacjentów wymagających żywienia bezpośrednio do jelita cienkiego, a pokarm może być podawany wyłącznie przez pompę.



4. Rodzaje diet i zasady dojelitowego podawania mieszanin żywieniowych, metody zgłębnikowania oraz zasady kontroli zalegania i położenia zgłębnika powinny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

5. Personel (lekarz, pielęgniarka) stosujący żywienie dojelitowe powinien być przeszkolony w zakresie wskazań i zasad oraz rodzaju możliwych powikłań wynikających ze stosowania żywienia dojelitowego, zapobiegania im oraz rozpoznawania i postępowania w przypadku ich wystąpienia.

#### VII. Skala Barthel <sup>1)</sup>

1. Zasada posługiwania się skalą Barthel polega na tym, że za aktywność, przy której pacjent potrzebuje minimalnej pomocy lub nadzoru nie przyznaje się maksymalnej liczby punktów.

#### 2. Skala Barthel

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

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

<sup>1)</sup> 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.

### 3. Szczegółowy opis dokonywania ocen w skali Barthel:

#### 1) odżywianie:

- a) 10 pkt – niezależny (pacjent może samodzielnie spożywać posiłek postawiony na tacy lub stole, jeśli znajduje się on w jego zasięgu; chory jeśli to konieczne, korzysta z pomocniczego urządzenia, kroi pożywienie, używa soli i pieprzu, smaruje chleb masłem itd.; chory musi być zdolny wykonać te czynności w odpowiednim czasie),
- b) 5 pkt - konieczna jest niewielka pomoc (np. przy krojeniu),
- c) 0 pkt – pacjent wymaga karmienia, w tym: doustnie łyżką, dojelitowo przez zgłąbник lub przetokę odżywczą, pozajelitowo;

#### 2) przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:

- a) 15 pkt – niezależny we wszystkich fazach czynności (chory siedzący na wózku inwalidzkim potrafi bezpiecznie zbliżyć się do łóżka, zablokować koła, podnieść podnózek, przesiąść się na łóżko, położyć się, usiąść na brzegu łóżka, przestawić wózek inwalidzki (jeżeli to konieczne w celu bezpiecznego zajęcia pozycji siedzącej na wózku, a następnie przesiąść się na wózek), potrafi też wykonać te czynności w odwrotnej kolejności,
- b) 10 pkt - konieczna jest niewielka pomoc na niektórych etapach wykonywania tej czynności albo chory wymaga przypominania lub nadzoru wykonywanych zadań,
- c) 5 pkt - pacjent może samodzielnie usiąść, ale potrzebuje pomocy w podniesieniu się z łóżka lub pomocy podczas przemieszczania się z łóżka na wózek;
- d) 0 pkt - nie jest w stanie usiąść; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu;

#### 3) utrzymanie higieny osobistej:

- a) 5 pkt – pacjent jest w stanie myć dłonie i twarz, czesać się, myć zęby i golić się; może stosować różnego rodzaju przyrządy do golenia i musi być zdolny do samodzielnego wymienienia ostrza lub wymiennej końcówki, a także do wyjęcia maszynki do golenia z szuflady lub szafki; kobiety są w stanie wykonać makijaż, jeśli go stosują, ale nie muszą być w stanie zaplatać warkocza ani modelować włosów,
- b) 0 pkt – pacjent potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych;

#### 4) korzystanie z toalety (WC):

- a) 10 pkt - pacjent jest w stanie samodzielnie usiąść i wstać z toalety, rozpiąć i zapiąć ubranie, uniknąć zabrudzenia odzieży oraz użyć papieru toaletowego; w razie potrzeby może podpierać się o zamontowaną w ścianie poręcz albo inny stabilny przedmiot, a jeżeli konieczne jest zastosowanie basenu zamiast korzystania z toalety, pacjent musi być w stanie odstawić basen na taboret, opróżnić zawartość i wyczyścić go,

- b) 5 pkt - pacjent wymaga pomocy ze względu na zaburzenia równowagi albo potrzebuje pomocy w rozbieraniu się lub używaniu papieru toaletowego,
- c) 0 pkt – pacjent nie jest w stanie korzystać z toalety bez pomocy innych osób;
- 5) mycie, kąpiel całego ciała:
- a) 5 pkt - pacjent może korzystać z wanny lub prysznica lub może umyć całe ciało z użyciem gąbki (chory musi być w stanie wykonać wszystkie składowe wymienionych czynności bez pomocy innych osób),
- b) 0 pkt – pacjent nie jest w stanie samodzielnie się umyć, bez względu na warunki lokalowe i wyposażenie;
- 6) poruszanie się po powierzchniach płaskich:
- a) 15 pkt –pacjent może samodzielnie lub bez nadzoru przejść około 50 metrów; chory może używać aparaty korekcyjne lub protezy oraz wykorzystywać wszelkiego rodzaju podpory, laski, chodziki ale nie chodziki na kółkach; chory musi być w stanie zapiąć i odpiąć aparat korekcyjny, przyjąć pozycje stojącą oraz siedzącą, ustawić wszelkie urządzenia pomocnicze w pozycji do użycia oraz odstawić je po wykorzystaniu (zakładanie i zdejmowanie aparatów korekcyjnych jest oceniane w punkcie ubieranie),
- b) 10 pkt –pacjent wymaga pomocy lub nadzoru w wykonywaniu dowolnej z czynności określonych w lit. a, ale może przejść co najmniej 50 metrów z niewielką pomocą,
- c) 5 pkt - pacjent nie jest w stanie poruszać się, ale może samodzielnie przemieszczać się na wózku inwalidzkim; pacjent musi być w stanie przemieszczać się w pobliżu narożników, odwracać się, podjeżdżać wózkiem do stołu, łóżka, toalety, w szczególności musi być w stanie przejechać na wózku co najmniej 50 metrów (nie należy oceniać tego punktu jeżeli chory jest oceniany za chodzenie),
- 0 pkt – pacjent nie jest w stanie samodzielnie poruszać się oraz przemieszczać na wózku inwalidzkim;
- 7) wchodzenie i schodzenie po schodach:
- a) 10 pkt –pacjent jest w stanie bezpiecznie wejść i zejść ze schodów bez pomocy i bez nadzoru; w razie potrzeby może (i powinien) używać poręczy, laski albo podparcia; pacjent powinien być w stanie unieść laskę lub podparcie przy wchodzeniu i schodzeniu ze schodów,
- b) 5 pkt – pacjent wymaga pomocy lub nadzoru w dowolnej czynności wymienionej w lit. a;
- c) 0 pkt – pacjent nie jest w stanie poruszać się po schodach;
- 8) ubieranie się i rozbieranie:
- a) 10 pkt –pacjent jest w stanie założyć, zdjąć oraz zapiąć ubranie, a także zawiązać sznurówki, jeżeli musi używać aparatów korekcyjnych (czynności te obejmują

zakładani i zdejmowanie, zapinanie gorsetu lub aparatu korekcyjnego, jeśli zostały zalecone pacjentowi); w razie konieczności mogą być używane specjalne elementy ubioru takie jak szelki, buty bez sznurówek lub odzież rozpinana z przodu,

b) 5 pkt - pacjent wymaga pomocy w zakładaniu, zdejmowaniu i zapinaniu odzieży, przy czym co najmniej połowę czynności musi wykonać samodzielnie w odpowiednim czasie (nie należy oceniać punktowo zakładania biustonosza lub gorsetu u kobiet),

c) 0 pkt – pacjent nie jest w stanie się ubrać się lub rozebrać;

9) kontrola stolca/ zwieracza odbytu:

a) 10 pkt –pacjent kontroluje oddawanie stolca i nie występują incydenty nietrzymania stolca; pacjent w razie konieczności może stosować czopki lub lewatywy (tak jak w przypadkach rehabilitacji po urazach rdzenia),

b) 5 pkt - pacjent wymaga pomocy przy założeniu czopka lub zdarzają się incydenty nietrzymania stolca,

c) 0 pkt – pacjent nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw;

10) kontrola moczu/ zwieracza pęcherza moczowego:

a) 10 pkt –pacjent kontroluje oddawanie moczu w ciągu dnia i w nocy; pacjent po urazie rdzenia kręgowego, który ma założony cewnik zewnętrzny i nosi zbiornik na mocz, musi być w stanie założyć zestaw samodzielnie, opróżnić i wyczyścić worek oraz przespać noc bez zamoczenia,

b) 5 pkt – pacjent od czasu do czasu nie kontroluje oddawania moczu albo nie jest w stanie powstrzymać się od oddania moczu po zgłoszeniu potrzeby skorzystania z basenu lub dostania się do łazienki (naglące parcie na mocz) bądź wymaga pomocy w zakładaniu cewnika zewnętrznego,

c) 0 pkt - pacjent nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany i przez to niesamodzielny.

VIII. Kwalifikacje kadry i zalecane normy zatrudnienia w standardzie pielęgnacji w ramach opieki długoterminowej

1. Pielęgniarki – kwalifikacje i normy zatrudnienia zgodne z przepisami o wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej oraz przepisami o zakładach opieki zdrowotnej.

2. Opiekun medyczny – osoba, która ukończyła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej lub szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny, posiadająca kwalifikacje do wykonywania czynności w zakresie podstawowej pielęgnacji chorych i osób niesamodzielnych, na zlecenie pielęgniarki.

W zakładach opieki zdrowotnej zatrudnia się opiekuna medycznego w wymiarze 0,5 etatu na jednego pacjenta.

## **Uzasadnienie**

Niniejsze rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartej w art. 9 ust.3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn.zm.), która upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia, do określenia, w drodze rozporządzenia, standardów postępowania i procedur medycznych wykonywanych w zakładach opieki zdrowotnej.

Dotychczasowe regulacje prawne związane z organizacją opieki długoterminowej w Polsce nie wyodrębniały standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu pielęgnowania w tej opiece. Opracowanie standardów jest reakcją na liczne, zgłaszane do Ministra Zdrowia postulaty w sprawie ustalenia koncepcji funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce, w tym standardów oraz zdefiniowania podstawowych pojęć, szczególnie pojęć kluczowych, m.in. takich jak: pacjent niesamodzielny, opieka długoterminowa, podstawowa i specjalistyczna pielęgnacja, świadczenie opiekuńcze.

Podmioty związane z udzielaniem świadczeń w ramach opieki długoterminowej, podkreślają, że określenie standardów pielęgnacji jest niezbędne, gdyż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147, z późn. zm.) nie opisuje w sposób szczegółowy zakresu świadczeń realizowanych w opiece długoterminowej a wskazuje ogólnie, że świadczenia gwarantowane udzielane są przez pielęgniarzy, lekarzy, fizjoterapeutę.

Określenie standardów pielęgnacji w opiece długoterminowej jest niezbędnym warunkiem i narzędziem do wprowadzenia oceny jakości opieki długoterminowej.

W załączniku do rozporządzenia zostały opisane standardy pielęgnowania w opiece długoterminowej. W projektowanym akcie prawnym wprowadzono również definicje pojęć związanych procesem pielęgnacji, m.in. takie jak: opieka długoterminowa, opiekun medyczny, podstawowa i specjalistyczna pielęgnacja, świadczenie opiekuńcze i pielęgnacyjne. W odniesieniu do standardu pielęgnacji szczegółowo opisano jego zakres przedmiotowy, wskazując, że obejmuje on wsparcie, częściowe lub całkowite zastąpienie utraconych czynności życia codziennego a także instruktaż, poradnictwo, koordynację w zakresie samopielęgnacji i nadzoru oraz pielęgnację aktywizującą.

Szczegółowo opisano standard pielęgnacji z zakresu higieny osobistej, poprzez wskazanie, że obejmuje on czynności takie jak kąpiel i mycie ciała, higiena jamy ustnej,

higiena stóp i paznokci, mycie włosów, czesanie, golenie, ubieranie i rozbieranie, pomoc w czynnościach fizjologicznych i stosowaniu środków pomocniczych oraz sprzętu medycznego, dbałość o czystość łóżka i szafki przyłóżkowej, zmiana pościeli.

W odniesieniu do standardu pielęgnowania pacjenta z problemem nietrzymania moczu (NTM) określono, że obejmuje on działania związane z zachowaniem, przywróceniem kontroli i kompensowaniem braku kontroli nad czynnościami fizjologicznymi.

Standard pielęgnacji w zakresie przemieszczania się dotyczy osób, które nie mają fizycznej lub psychicznej zdolności celowego i bezpiecznego przemieszczania i poruszania się, a tym samym ruchów niezbędnych do wykonania codziennych czynności życiowych.

Standard pielęgnacji w zakresie odżywiania się określa zasady i zakres pomocy w przyjmowaniu posiłków i płynów, w tym czynności związane z przygotowaniem posiłku, w tym: podgrzanie, rozdrobnienie, posmarowanie kanapek, karmienie, pojenie, zabezpieczenie i właściwe przechowywanie żywności i płynów pacjenta objętego opieką. Pielęgniarka dokonuje oceny stanu odżywienia i nawodnienia pacjenta oraz jego umiejętności w zakresie samodzielnego odżywiania się wg zasad przedstawionych w Standardach Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego (PZWL 2005).

Standard pielęgnacji w zakresie żywienia dojelitowego obejmuje podawanie kompletnych odżywczo diet innych niż naturalne do żołądka, dwunastnicy lub jelita cienkiego drogą inną niż doustna.

Standard pielęgnacji w zakresie żywienia dojelitowego w opiece długoterminowej odnosi się do żywienia dojelitowego, stosowanego na zlecenie lekarza, gdy karmienie drogą naturalną jest niewystarczające i niemożliwe, w szczególności z powodu zaburzeń połykania, niedrożności lub przetoki w górnym odcinku przewodu pokarmowego, lub wyniszczenia.

W standardzie szczegółowo opisano sposób podawania mieszanin żywieniowych w żywieniu dojelitowym.

Wskazano także, że rodzaje diet i zasady dojelitowego podawania mieszanin żywieniowych, zasady zgłębnikowania przez nos oraz zasady kontroli załęgania i położenia zgłębnika powinny być zgodne ze Standardami Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

Ponadto wskazano, że personel (lekarz, pielęgniarka) stosujący żywienie dojelitowe powinien być przeszkolony w zakresie wskazań i zasad oraz rodzaju możliwych powikłań, zapobiegania im oraz rozpoznawania i postępowania w przypadku ich wystąpienia.



W załączniku do rozporządzenia opisano również zasady posługiwania się skalą Barthel. Skala Barthel służy do oceny sprawności funkcjonalnej człowieka w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych oraz określania rodzaju i zakresu pomocy udzielanej pacjentowi w ramach opieki długoterminowej. Sprawność osoby objętej opieką oceniana jest w zakresie 10 podstawowych funkcji życiowych, w skali od w pełni niesamodzielnego (0 pkt) do samodzielnego (10 lub 15 pkt).

W załączniku do rozporządzenia wskazano, że kwalifikacje kadry i normy zatrudnienia w standardzie pielęgnacji w ramach opieki długoterminowej są zgodne z przepisami o wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej oraz przepisami o zakładach opieki zdrowotnej.

Świadczenia pielęgnacyjne mogą być wykonywane przez pielęgniarki lub opiekuna medycznego. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. Nr 210, poz. 1540) wskazano, iż pielęgniarka winna posiadać ukończony odpowiedni kurs specjalistyczny, właściwy dla rodzaju i zakresu udzielanego świadczenia. W odniesieniu do sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej mają zastosowanie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 grudnia 1999r. (Dz.U. Nr 111, poz.1314).

Duża grupa pacjentów w podeszłym wieku to osoby niepełnosprawne i zależne od otoczenia. Wykonywanie nawet prostych czynności dnia codziennego stanowi dla nich poważne wyzwanie, a niejednokrotnie barierę nie do pokonania. Wsparciem dla zakładów opiekuńczo - leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych będzie nowy zawód - opiekun medyczny. Zgodnie z rozporządzeniem, opiekun medyczny to osoba zajmująca się zawodowo pielęgnacją pacjentów niesamodzielných, która ukończyła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej lub szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny , posiadająca kwalifikacje do wykonywania czynności w zakresie podstawowej pielęgnacji chorych i osób niesamodzielných, na zlecenie pielęgniarki.

Zawód opiekuna medycznego został wpisany do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 r. roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 124, poz. 860). We wrześniu 2007 r. rozpoczęto na terenie kraju edukację w tym zawodzie. Na koniec 2008 r. kwalifikacje zawodowe opiekuna medycznego

uzyskało 130 osób. W 2009 r. liczba osób legitymujących się tytułem opiekuna medycznego wzrosła do 1600 osób.

Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

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

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

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.

## **Ocena Skutków Regulacji**

### **1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja**

Regulacja oddziałuje na zakłady opieki zdrowotnej oraz pacjentów.

### **2. Wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych**

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany w szczególności do następujących podmiotów:

- 1) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
- 2) NSZZ Solidarność;
- 3) Forum Związków Zawodowych;
- 4) Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 5) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 6) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- 7) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 8) Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego;
- 9) Konfederacji Pracodawców Polskich;
- 10) Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych;
- 11) Business Centre Club;
- 12) Krajowej Izby Gospodarczej;
- 13) Związku Województw Polskich;
- 14) Związku Powiatów Polskich;
- 15) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- 16) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 17) Związku Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 18) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 19) Izby Lecznictwa Polskiego;
- 20) Związku Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego – Organizacji Pracodawców w Łańcucie;
- 21) Związku Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacji Pracodawców w Gnieźnie;
- 22) Związku Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi;

- 23) Gdańskiego Związku Pracodawców Członkowi Konfederacji Pracodawców Polskich;
- 24) Mazowieckiego Związku Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 25) Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 26) Wielkopolskiego Związku Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacji Pracodawców;
- 27) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 28) Stowarzyszenia Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego;
- 29) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich;
- 30) Stowarzyszenia Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu;
- 31) Związku Pracodawców Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej;
- 32) Związku Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 33) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej,
- 34) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 35) Caritas Polska;
- 36) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii;
- 37) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży;
- 38) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Urologii;
- 39) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Neurologii;
- 40) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Neurologii Dziecięcej;
- 41) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu;
- 42) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej;
- 43) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastrologii;
- 44) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Chorób Wewnętrznych;
- 45) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Geriatrii;
- 46) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Rodzinnej;
- 47) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- 48) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych;
- 49) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa;
- 50) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego;
- 51) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego;

- 52) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego;
- 53) Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego;
- 54) Federacji Pacjentów Polskich;
- 55) Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 56) Stowarzyszenia Pacjentów „Primum Non Nocere”

a ponadto zostanie umieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbgingowej w procesie stanowienia prawa.

Wynik konsultacji zostanie omówiony w niniejszej Ocenie po ich zakończeniu.

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

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego, gdyż projektowane standardy mieszczą się w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w opiece długoterminowej. Dotychczasowa opieka nad pacjentem niesamodzielnym jest niezadowalająca, stąd istnieje konieczność wydania regulacji prawnej, która ujednolici jakość usług świadczonych wobec pacjenta. Wprowadzenie nowego zawodu - opiekuna medycznego nie wpłynie na sektor finansów publicznych, gdyż wynagrodzenie opiekuna będzie mieściło się w stawce osobodnia, w wysokości środków finansowych przekazywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zakładom w celu realizacji świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych w opiece długoterminowej.

### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia będą miały wpływ na rynek pracy, poprzez zatrudnienie opiekunów medycznych do realizacji podstawowej pielęgnacji. Świadczenia pielęgnacyjne mogą być bowiem wykonywane przez pielęgniarki lub opiekuna medycznego. Z uwagi na istniejące niedobory kadrowe w systemie ochrony zdrowia, głównie pielęgniarek sprawujących opiekę nad osobami niesamodzielnymi, koniecznym stało się konieczne umożliwienie udzielania świadczeń zdrowotnych przez opiekuna medycznego.

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

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

#### **6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

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

#### **7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi**

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na zdrowie ludzi. Zapewnienie dobrej jakościowo opieki wpłynie na komfort psychiczny pacjenta oraz zapobiegnie lub ograniczy skutki długotrwałego unieruchomienia, np. powstawaniu odleżyn. Powinno się także przyczynić do poprawy świadomości pacjentów o przysługujących im uprawnieniach oraz do poprawy jakości życia pacjentów.

#### **8. Ocena o zgodności regulacji z prawem Unii Europejskiej**

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.