



Department  
of Health &  
Social Care

# Broszura informacyjna

## Trwała opieka zdrowotna i opieka pielęgniarska refundowana przez NHS

**Materiał Krajowego planu ramowego trwałej opieki zdrowotnej i opieki  
pielęgniarskiej refundowanej przez NHS**

Opublikowano w grudniu 2018 r.

<b>Pole DH ID</b>
<b>Tytuł: Broszura informacyjna – Trwała opieka zdrowotna i opieka pielęgniarska refundowana przez NHS</b>
<b>Autor:</b> SCLGCP-SCP 25370
<b>Cel dokumentu:</b> Broszura informacyjna
<b>Data publikacji:</b> Grudzień 2018 r.
<b>Grupa docelowa:</b> Pacjenci Specjaliści opieki zdrowotnej i społecznej
<b>Dane kontaktowe:</b> NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care team Department of Health and Social Care 39 Victoria Street London SW1H 0EU

Dozwolone jest nieodpłatne wykorzystywanie tekstu zawartego w tym dokumencie (z wyjątkiem logotypu) w jakimkolwiek formacie i medium na podstawie Open Government Licence. Zasady licencji dostępne na stronie: [www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/](http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/)

© Crown copyright 2016

Opublikowano na gov.uk, wyłącznie w formacie PDF.

[www.gov.uk/dh](http://www.gov.uk/dh)

Opublikowano w grudniu 2018 r.

# Spis treści

Spis treści.....	3
Wstęp .....	4
Trwała opieka zdrowotna NHS .....	5
Podstawowa potrzeba zdrowotna .....	7
Ocena .....	8
Narzędzie przyspieszonego procesu decyzyjnego .....	12
Następne kroki .....	13
Przegląd .....	15
Indywidualne wnioski o przegląd decyzji o uprawnieniu .....	16
Opieka pielęgniarska refundowana przez NHS .....	17

## Wstęp

**Niniejsza broszura stanowi przewodnik dla osób, które potrzebują trwałej opieki i pomocy specjalistów opieki zdrowotnej i społecznej w wyniku niepełnosprawności, wypadku bądź choroby. Broszura wyjaśnia proces decyzyjny ws. przyznania pacjentowi trwałej opieki zdrowotnej NHS (znanej także jako NHS CHC albo po prostu CHC).**

Rozumiemy, że proces zabezpieczania funduszy na trwałą opiekę może być skomplikowany i bardzo wrażliwy oraz często dotyka on osób w bardzo niepewnym okresie ich życia. Wytyczne krajowe powstały po to, aby zapewnić każdemu trwały i uczciwy dostęp do trwałej opieki zdrowotnej NHS, bez względu na miejsce zamieszkania w Anglii. Wytyczne te, nazywane planem ramowym trwałej opieki zdrowotnej i opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS (Krajowy plan ramowy), wyznaczają proces decyzyjny w sprawie przyznawania trwałej opieki zdrowotnej NHS oraz metody badania i rozwiązywania potrzeb.

Krajowy plan ramowy powstał w 2007 r. Ostatnia aktualizacja nastąpiła w 2018 r. Poprawki i wyjaśnienia z 2018 r. nie mają na celu wprowadzenia do Krajowego planu ramowego zmiany kryteriów przyznawania oraz dostępu do trwałej opieki zdrowotnej NHS. Niniejsza broszura zawiera zmiany wprowadzone w 2018 r. do Krajowego planu ramowego.

## Często występujące skróty

**CHC (lub NHS CHC)** = trwała opieka zdrowotna NHS

**DST** = Narzędzie pomocnicze procesu decyzyjnego

**FNC** = opieka pielęgniarska refundowana przez NHS

**CCG** = Grupa zamówień klinicznych

**MDT** = Zespół interdyscyplinarny

# Trwała opieka zdrowotna NHS

## Co to jest trwała opieka zdrowotna NHS?

Trwała opieka zdrowotna NHS to pakiet długotrwałej opieki zorganizowanej i ufundowanej wyłącznie przez Narodową Służbę Zdrowia (NHS) specjalnie dla stosunkowo małej grupy osób (o wysokich potrzebach) posiadających „podstawową potrzebę zdrowotną” (wyjaśnioną szczegółowo w poniższym rozdziale Podstawowa potrzeba zdrowotna). Opieka tego rodzaju oferowana jest osobom, które ukończyły 18. rok życia i które posiadają potrzeby opieki zdrowotnej i powiązane potrzeby opieki społecznej związane z niepełnosprawnością, wypadkiem bądź chorobą.

Trwała opieka zdrowotna NHS jest darmowa, w przeciwieństwie do wsparcia oferowanego przez służby samorządowe, za które pacjent może być zobowiązany uiścić opłatę w zależności od swoich dochodów i oszczędności. Do obowiązków Grupy zamówień klinicznych (CCG) należy podejmowanie decyzji o przyznaniu właściwego pakietu pomocowego dla osoby, która kwalifikuje się do uzyskania trwałej opieki zdrowotnej NHS.

## Kto kwalifikuje się do trwałej opieki zdrowotnej NHS?

Osoby powyżej 18. roku życia, u których wykryto „podstawową potrzebę zdrowotną”, są uprawnione do trwałej opieki zdrowotnej NHS. Kryteria kwalifikacji do uzyskania trwałej opieki zdrowotnej NHS nie zależą od poszczególnych chorób, diagnoz lekarskich bądź schorzeń, ani od tego, kto i gdzie udziela opieki.

## Jak zakwalifikować się do trwałej opieki zdrowotnej NHS?

Istnieje proces kwalifikacyjny z listą kontrolną, po którym występuje szczegółowe badanie kwalifikacji, dzięki któremu można ustalić, czy pacjent jest uprawniony do trwałej opieki zdrowotnej NHS. Szczegółowe informacje o tych procesach znajdują się w dalszej części broszury.

## Gdzie można otrzymać trwałą opiekę zdrowotną NHS?

Trwała opieka zdrowotna NHS jest dostępna w każdej placówce (z wyjątkiem szpitali doraźnych) – nawet w domu pacjenta lub domu opieki. Jeżeli pacjent uzyska uprawnienie

do trwałej opieki zdrowotnej NHS w domu, NHS opłaci koszty opieki pacjenta związane z ustalonymi potrzebami zdrowotnymi oraz powiązаныmi potrzebami społecznymi. Jeżeli pacjent uzyska uprawnienie do trwałej opieki zdrowotnej NHS w domu opieki, NHS opłaci koszty domu opieki wraz z wyżywieniem i zakwaterowaniem.

### **Czy obowiązują mnie opłaty na rzecz trwałej opieki zdrowotnej NHS?**

Nie. Udzielona opieka NHS powinna spełniać potrzeby zdrowotne oraz powiązane potrzeby społeczne pacjenta przedstawione w jego planie opieki. Plan opieki powinien wskazać, jakie usługi powinny zostać ufundowane lub udzielone przez NHS. W określonych okolicznościach pacjent może życzyć sobie zakupić dodatkowe prywatne usługi opiekuńcze, jednak decyzja o tym jest całkowicie dobrowolna ze strony pacjenta. Wszelkie dodatkowe usługi zakupione przez pacjenta nie powinny służyć spełnianiu określonych potrzeb, za które odpowiada CCG.

### **Czy trwała opieka zdrowotna NHS jest przyznawana dożywotnio?**

Niekoniecznie. Po przyznaniu trwałej opieki zdrowotnej NHS, opieka zostanie refundowana przez NHS.

Przegląd opieki pacjenta następuje zazwyczaj po trzech miesiącach, a następnie raz na dwanaście miesięcy. Celem przeglądów jest ustalenie, czy plan opieki pacjenta lub zorganizowana opieka w dalszym ciągu spełniają jego potrzeby.

Jeżeli potrzeby pacjenta zmieniły się do takiego stopnia, że może to wpływać na jego uprawnienie do trwałej opieki zdrowotnej NHS, CCG może przeprowadzić ponowną ocenę uprawnienia. Może to oznaczać zmianę zasad refundacji, ponieważ uprawnienie do trwałej opieki zdrowotnej NHS jest oparte o potrzeby, a nie o schorzenia bądź diagnozy lekarskie (więcej informacji w poniższym rozdziale „Przegląd”).

## Podstawowa potrzeba zdrowotna

Koncepcja „podstawowej potrzeby zdrowotnej” pomaga określić, jakie usługi zdrowotne NHS powinny zostać udzielone pacjentowi, aby spełnić jego potrzeby, a także jakie usługi mogą być udzielane przez organizacje samorządowe. Rozumiemy, że ta koncepcja nie jest łatwa do wyjaśnienia. Jednak w celu podjęcia decyzji, czy pacjent posiada podstawową potrzebę zdrowotną, podjęta zostanie ocena uprawnień, która bierze pod uwagę całokształt uznanych potrzeb w oparciu o cztery główne czynniki:

- **Charakter:** Opisuje charakter i rodzaj potrzeb pacjenta oraz całościowy wpływ tych potrzeb na pacjenta, w tym rodzaj interwencji potrzebnych do spełnienia potrzeb.
- **Natężenie:** Jest to zakres i poziom potrzeb pacjenta oraz wsparcie potrzebne do ich spełnienia, w tym potrzeba stałej opieki/
- **Złożoność:** Określa, w jaki sposób potrzeby pacjenta się okazują i jak oddziałują na jego otoczenie, a także jakie umiejętności są potrzebne w celu monitorowania objawów, leczenia schorzeń i prowadzenia opieki.
- **Zmienność:** Określa stopień zmienności potrzeb pacjenta, co prowadzi do trudności w zarządzaniu nimi, w tym do zagrożeń dla zdrowia pacjenta spowodowanych brakiem adekwatnej opieki udzielonej we właściwym momencie.

Pacjent, u którego stwierdzono podstawową potrzebę zdrowotną, jest uprawniony do trwałej opieki zdrowotnej NHS.

Więcej informacji na temat podstawowej potrzeby zdrowotnej znajduje się w Krajowym planie ramowym (akapity 54 - 66).

# Ocena

## **Podjęcie decyzji o uprawnieniu pacjenta do trwałej opieki zdrowotnej NHS**

Proces oceny uprawnienia i podejmowania decyzji powinien się odbyć z myślą o pacjencie. Oznacza to, że pacjent jest najważniejszą osobą w procesie oceny i planowania opieki.

Oznacza to także zapewnienie pacjentowi możliwości pełnego zaangażowania w proces oceny i udzielenie mu potrzebnego wsparcia w tym celu. Pacjent może poprosić członka rodziny bądź przyjaciela o działanie w jego imieniu i pomoc w przedstawieniu swoich poglądów.

Kompleksowy proces oceny uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS zazwyczaj składa się z dwóch etapów: badanie za pomocą listy kontrolnej i kompleksowa ocena uprawnienia za pomocą narzędzia pomocniczego procesu decyzyjnego (informacje na temat procesu przyspieszonego znajdują się na stronie 12).

### **Badanie za pomocą listy kontrolnej**

Pierwszym etapem procesu oceny większości pacjentów jest badanie za pomocą listy kontrolnej. Lista kontrolna dostępna jest w różnych okolicznościach i pomaga specjalistom zidentyfikować, czy pacjent potrzebuje kompleksowej oceny uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS.

Lista kontrolna nie odpowiada na pytanie, czy pacjent jest uprawniony do trwałej opieki zdrowotnej NHS, lecz tylko pomaga określić, czy pacjent potrzebuje kompleksowej oceny uprawnienia. Należy zwrócić uwagę, że większość pacjentów, którzy są „zbadani pozytywnie” (otrzymują „pozytywny wynik listy kontrolnej”), nie otrzymują uprawnienia do tej opieki w wyniku kompleksowej oceny.

Poprzeczka listy kontrolnej specjalnie została zawieszona nisko, aby zapewnić osobom, które mogą potrzebować oceny uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS, dostęp do takiej oceny.



## Kiedy należy wypełnić listę kontrolną?

Badanie dotyczące trwałej opieki zdrowotnej NHS powinno się odbyć w miejscu i czasie dogodnym dla pacjenta po tym jak poznane zostaną jego trwałe potrzeby. Listę kontrolną można wypełnić podczas wizyty w szpitalu bądź w innym miejscu.

Pacjenci zazwyczaj otrzymują możliwość obecności w trakcie wypełniania listy kontrolnej wraz z wyznaczonym przez siebie przedstawicielem.

Nie każdy pacjent potrzebuje wypełnionej listy kontrolnej. W wielu przypadkach nie jest to konieczne, w szczególności wtedy, gdy nie występuje podejrzenie potrzeby trwałej opieki zdrowotnej NHS lub kiedy pacjent przechodzi krótkotrwałą rekonwalescencję, a jego potrzeby długoterminowe nie zostały jeszcze określone.

## Wyniki listy kontrolnej

Wypełnienie listy kontrolnej daje jeden z dwóch możliwych wyników:

- wynik **negatywny** oznacza, że pacjent nie wymaga kompleksowej oceny uprawnienia i nie jest uprawniony do otrzymania trwałej opieki zdrowotnej NHS; albo
- wynik **pozytywny** oznacza, że pacjent wymaga kompleksowej oceny uprawnienia do otrzymania trwałej opieki zdrowotnej NHS. Nie musi to oznaczać, że pacjent posiada uprawnienie do takiej opieki.

## Następne kroki po uzyskaniu wyniku negatywnego

Wynik negatywny oznacza, że pacjent nie wymaga kompleksowej oceny uprawnienia i nie jest uprawniony do otrzymania trwałej opieki zdrowotnej NHS.

Jeżeli pacjent uważa, że wynik listy kontrolnej jest niewłaściwy, może poprosić CCG o ponowne rozpatrzenie sprawy.

## Następne kroki po uzyskaniu wyniku pozytywnego

Wynik pozytywny oznacza, że pacjent wymaga kompleksowej oceny uprawnienia do otrzymania trwałej opieki zdrowotnej NHS.

Lokalna komisja CCG pacjenta przeprowadzi kompleksową ocenę. Wynik pozytywny listy kontrolnej nie musi oznaczać, że pacjent zostanie uznany za uprawnionego do otrzymania trwałej opieki zdrowotnej NHS.

## Kompleksowa ocena uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS

Kompleksowa ocena uprawnienia zostanie przeprowadzona przez zespół interdyscyplinarny (zazwyczaj określany jako MDT) składający się ze specjalistów, którzy ocenią, czy pacjent posiada podstawową potrzebę zdrowotną. Zespół wykorzysta w tym celu narzędzie pomocnicze procesu decyzyjnego (często określane jako DST).

MDT składa się z grupy dwóch lub więcej specjalistów. Zazwyczaj są to specjaliści opieki zdrowotnej i społecznej, którzy znają potrzeby opieki zdrowotnej i społecznej pacjenta. Jeżeli jest to możliwe, są to osoby, które w ostatnim czasie brały udział w badaniach, leczeniu i opiece pacjenta.

Komisja CCG jest odpowiedzialna za wyznaczenie koordynatora procesu oceny. Osoba ta powinna być głównym punktem kontaktowym pacjenta.

Ocena, za zgodą pacjenta, obejmuje opinie specjalistów zaangażowanych w opiekę pacjenta. Umożliwi to stworzenie ogólnego obrazu potrzeb pacjenta. Proces ten jest zwany „oceną potrzeb”. Osobiste poglądy pacjenta powinny zostać potraktowane na równi z poglądami specjalistów, aby osiągnąć dokładny obraz potrzeb pacjenta. Zespół interdyscyplinarny wykorzysta informacje zawarte w ocenie potrzeb do stworzenia „narzędzia pomocniczego procesu decyzyjnego”. Zespół interdyscyplinarny zazwyczaj spotyka się osobiście, jednak czasami może korzystać z informacji przekazanych z użyciem rozwiązań technologicznych, jeżeli właściwi specjaliści nie mogą być obecni na spotkaniu.

## Ocena uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS z wykorzystaniem narzędzia pomocniczego procesu decyzyjnego

Uprawnienie do NHS CHC zależy od potrzeb pacjenta, a nie od diagnozy lekarskiej lub schorzenia. Narzędzie pomocnicze procesu decyzyjnego grupuje i przedstawia informacje zdobyte w procesie oceny potrzeb tak, aby pomóc podejmować spójne decyzje na temat uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS. Narzędzie pomocnicze procesu decyzyjnego zbiera i przechowuje różnorodne potrzeby pacjenta rozłożone między 12 „obszarów opieki”, które są podzielone na różne poziomy.

Celem narzędzia jest pomoc zespołowi interdyscyplinarnemu w ocenie charakteru, złożoności, natężenia i zmienności potrzeb pacjenta. Dzięki temu zespół może przedstawić swoją rekomendację w sprawie posiadania „podstawowej potrzeby zdrowotnej”.

Następnie zespół interdyscyplinarny przedstawia swoją rekomendację do CCG w związku z ustaleniem, czy pacjent posiada podstawową potrzebę zdrowotną, która określa uprawnienie pacjenta do otrzymania trwałej opieki zdrowotnej NHS. CCG zazwyczaj przyjmuje tę rekomendację, chyba że występują szczególne okoliczności. CCG przedstawia wyraźne uzasadnienie swojej decyzji.

## Zawiadomienie o decyzji w sprawie uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS

Decyzja w sprawie uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS powinna, w zwyczajnych okolicznościach, zostać podjęta w okresie 28 dni kalendarzowych od daty otrzymania przez CCG zawiadomienia, że pacjent wymaga kompleksowej oceny uprawnienia (zazwyczaj w formie pozytywnego wyniku listy kontrolnej), chociaż w niektórych przypadkach proces decyzyjny może trwać dłużej niż 28 dni. Komisja CCG powinna następnie poinformować pacjenta na piśmie w najbliższym możliwym terminie, podając wyraźne uzasadnienie swojej decyzji w sprawie uprawnienia pacjenta. Komisja powinna także poinformować pacjenta o prawie do odwołania od podjętej decyzji.

## Narzędzie przyspieszonego procesu decyzyjnego

Jeżeli schorzenie pacjenta postępuje szybko i może prowadzić do śmierci, pacjent może potrzebować „przyspieszenia”, aby w trybie pilnym otrzymać dostęp do trwałej opieki zdrowotnej NHS.

Przyspieszony proces decyzyjny nie wymaga wypełnienia listy kontrolnej ani stworzenia narzędzia przyspieszonego procesu decyzyjnego. Zamiast tego właściwy specjalista kliniczny skorzysta z narzędzia przyspieszonego procesu decyzyjnego, aby określić uprawnienie pacjenta do trwałej opieki zdrowotnej NHS.

Specjalista kliniczny skieruje wypełnione narzędzie przyspieszonego procesu decyzyjnego bezpośrednio do lokalnej komisji CCG pacjenta, która powinna zorganizować dla pacjenta pakiet opiekuńczy, zazwyczaj w okresie 48 godzin od otrzymania wypełnionego narzędzia przyspieszonego procesu decyzyjnego.

Lokalna komisja CCG pacjenta powinna przeprowadzić przegląd potrzeb opieki pacjenta oraz skuteczności pakietu opiekuńczego. W niektórych przypadkach właściwe jest przeprowadzenie ponownej oceny uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS za pomocą narzędzia pomocniczego procesu decyzyjnego. Jeżeli wystąpi taka potrzeba, komisja CCG pacjenta dokładnie wyjaśni ten proces zgodnie z informacją zawartą w rozdziale „Ocena” zawartym powyżej (strona 8).

## Następne kroki

### Co zrobić, jeżeli pacjent nie jest uprawniony do trwałej opieki zdrowotnej NHS?

Jeżeli pacjent nie jest uprawniony do trwałej opieki zdrowotnej NHS, komisja CCG może (za jego zgodą) przekazać sprawę do biura samorządu lokalnego pacjenta, które może omówić z nim uprawnienie do wsparcia lokalnego. Jeżeli pacjent nie jest uprawniony do trwałej opieki zdrowotnej NHS, ale posiada potrzeby zdrowotne, NHS w dalszym ciągu może refundować część pakietu pomocowego. Nazywa się to „wspólnym pakietem opieki”. Jednym ze sposobów udzielania takiego pakietu jest opieka pielęgniarska refundowana przez NHS (zobacz rozdział „Opieka pielęgniarska refundowana przez NHS” w dalszej części broszury). NHS może także udzielić innych rodzajów funduszy i usług, które pomogą spełnić potrzeby pacjenta.

Jeżeli część pakietu opieki pacjenta jest refundowana przez samorząd lokalny to, zależnie od rodzaju dochodów i oszczędności, pacjenta może być zobowiązany do uiszczenia opłaty na pokrycie tej części kosztów jego pakietu opieki. Część wspólnego pakietu opieki refundowana przez NHS nie podlega opłacie.

Pacjent jest uprawniony do korzystania ze wszystkich powszechnych lokalnych usług NHS bez względu na to, czy posiada uprawnienie do trwałej opieki zdrowotnej NHS.

Rozdział „Indywidualne wnioski o przegląd decyzji o uprawnieniu” w dalszej części broszury zawiera więcej informacji o prawach pacjenta w przypadku niezadowolenia z wyniku decyzji o uprawnieniu.

### Jakie usługi są dostępne w ramach uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS

Uprawnienie do trwałej opieki zdrowotnej NHS oznacza, że lokalna komisja CCG pacjenta jest odpowiedzialna za planowanie jego opieki, zamawianie usług oraz prowadzenie sprawy. CCG omówi z pacjentem, w jaki sposób najlepiej spełnić jego potrzeby opieki i pomocy oraz jak poprowadzić sprawę.

Życzenia i preferencje pacjenta w zakresie metod spełniania jego potrzeb powinny być w

pełni rozpatrzone. Dotyczy to omówienia preferowanego miejsca świadczenia usług (np. w domu pacjenta albo w domu opieki), a także metod spełniania potrzeb i osób spełniających te potrzeby.

Pakiet opieki świadczony przez NHS powinien spełniać potrzeby zdrowotne i powiązane potrzeby społeczne pacjenta określone w jego planie opieki.

## Przegląd

Przegląd pakietu opieki pacjenta zazwyczaj odbywa się w okresie trzech miesięcy od uzyskania decyzji o przyznaniu uprawnienia. Kolejne przeglądy powinny odbywać się co najmniej raz do roku.

Przeglądy powinny koncentrować się na tym, czy plan opieki i zorganizowane usługi wciąż spełniają potrzeby pacjenta. Wszelkie poprawki do planu opieki zostaną wprowadzone zgodnie z wynikiem.

Zazwyczaj w ramach przeglądu dostępne będzie najnowsze narzędzie pomocnicze procesu decyzyjnego. Będzie ono wykorzystane jako punkt odniesienia dla identyfikacji wszelkich potencjalnych zmian w potrzebach pacjenta.

Jeżeli potrzeby pacjenta zmieniły się w zakresie, który może mieć wpływ na jego uprawnienie do trwałej opieki zdrowotnej NHS, komisja CCG może zorganizować nową kompleksową ocenę uprawnienia zgodnie z procesem opisanym w powyższym rozdziale Ocena.

NHS i samorząd lokalny nie mogą wycofać świadczonego pakietu opieki i refundacji bez przeprowadzenia wspólnej ponownej oceny potrzeb pacjenta i uprzedniej wzajemnej konsultacji między NHS, samorządem lokalnym i pacjentem w sprawie jakiegokolwiek propozycji zmiany świadczenia. Zorganizowane muszą też zostać inne usługi bądź metody refundacji.

## Indywidualne wnioski o przegląd decyzji o uprawnieniu

Jeżeli pacjent nie zgadza się z decyzją badania listy kontrolnej, aby nie przeprowadzać kompleksowej oceny uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS, pacjent ma prawo zwrócić się do CCG z wnioskiem o przegląd tej decyzji.

Jeżeli pacjent nie zgadza się z decyzją o uprawnieniu, którą podjęła CCG (po przeprowadzeniu kompleksowej oceny uprawnienia wraz z narzędziem pomocowym procesu decyzyjnego) lub jeżeli pacjent posiada zastrzeżenia w zakresie procedury wykorzystanej przez CCG w celu dojścia do takiej decyzji o uprawnieniu, pacjent może prosić CCG o przegląd sprawy w ramach lokalnego procesu rozjemczego.

Jeżeli sprawy nie da się rozwiązać za pomocą lokalnego procesu rozjemczego, pacjent może złożyć podanie do NHS England o niezależny przegląd decyzji.

NHS England może poprosić CCG o podjęcie dalszych starań w celu osiągnięcia rozwiązania lokalnie zanim podejmie niezależny przegląd.

Po przeprowadzeniu niezależnego przeglądu, jeżeli pierwotna decyzja została podtrzymana, a pacjent nadal jest niezadowolony, pacjent ma prawo złożyć zażalenie do biura Parliamentary and Health Service Ombudsman (Biuro Rzecznika ds. Administracji Publicznej i Służby Zdrowia).

Każda osoba posiada prawo do złożenia skargi na wszelkie aspekty usług udzielonych przez NHS, samorząd lokalny oraz każdego usługodawcę opieki. Szczegóły procedury skarg i zażaleń zostaną udzielone przez organizację, której skarga dotyczy.



# Opieka pielęgniarska refundowana przez NHS

W przypadku osób przebywających w domach opieki z opieką pielęgniarską, personel pielęgniarski jest zazwyczaj zatrudniony przez dom opieki. NHS dokonuje refundacji opieki pielęgniarskiej poprzez płatności bezpośrednio do domu opieki. Refundacja tego rodzaju nazywa się „opieka pielęgniarska refundowana przez NHS”. Jest to opłata według wyznaczonej standardowej stawki, której celem jest pokrycie kosztów udzielenia opieki pielęgniarskiej dla uprawnionych osób. Biura samorządowe nie są uprawnione do udzielania lub refundacji opieki pielęgniarskiej (z wyjątkiem bardzo ograniczonych przypadków).

Opieka pielęgniarska może dotyczyć wielu różnych aspektów opieki. Może dotyczyć bezpośredniej opieki pielęgniarskiej, a także planowania, nadzoru i monitorowania opieki pielęgniarskiej i zdrowotnej spełniającej potrzeby pacjenta.

## Określanie uprawnienia do opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS

Zawsze należy rozpatrzyć najpierw, czy pacjent jest uprawniony do trwałej opieki zdrowotnej NHS, zanim rozpatrzone zostanie udzielenie opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS.

Pacjent jest uprawniony do opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS, jeżeli:

- nie kwalifikuje się do otrzymania trwałej opieki zdrowotnej NHS, ale określono, że wymaga opieki pielęgniarskiej, a jego ogólnie pojęte potrzeby mogą zostać najlepiej spełnione w domu opieki z personelem pielęgniarskim; i
- jest mieszkańcem domu opieki uprawnionym do udzielania opieki pielęgniarskiej.

## Ocena uprawnienia do opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS

Zazwyczaj pacjent nie potrzebuje oddzielnej oceny w zakresie uprawnienia do opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS, jeżeli przebył już ocenę uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS przeprowadzoną przez zespół interdyscyplinarny. W większości przypadków, proces oceny zawiera informacje wystarczające do tego, aby CCG podjęła

decyzję w sprawie potrzeby udzielenia opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS.

W razie konieczności, CCG pacjenta może zorganizować ocenę, która pomoże określić, czy pacjent posiada uprawnienie do opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS.

Decyzja ta może być oparta na ocenie potrzeb pielęgniarskich, która określa codzienne potrzeby opieki i wsparcia pacjenta. Osoby, które nie wymagają kompleksowej oceny uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS nadal mogą być uprawnione do opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS.

## Stawka opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS

Od 2007 r. opieka pielęgniarska refundowana przez NHS opiera się na jednej stawce.

Stawka ta jest refundacją od NHS opieki pielęgniarskiej udzielonej przez wykwalifikowany personel pielęgniarski, jak wskazano powyżej. Jeżeli pacjent posiada uprawnienie do opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS, jego CCG zorganizuje opłaty zgodne z uzgodnioną krajową stawką bezpośrednio na rzecz domu opieki pacjenta. Pozostałą część opłat za opiekę w domu opieki ponoszą pacjent, jego przedstawiciel lub samorząd lokalny (lub wszyscy wspólnie) chyba że ta kwestia została uregulowana inaczej.

## Przegląd opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS

Przegląd potrzeby pacjenta w ramach opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS zazwyczaj odbywa się po 3 miesiącach, a następnie co najmniej raz do roku. Podczas przeglądu rozpatrzone zostanie, czy potrzeby pacjenta zmieniły się w taki sposób, że albo nie jest już uprawniony do opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS, albo może być uprawniony do trwałej opieki zdrowotnej NHS. Decyzja o możliwości uprawnienia do trwałej opieki zdrowotnej NHS jest zazwyczaj podejmowana za pomocą badania listy kontrolnej prowadzonego podczas przeglądu opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS. Jednak jeżeli w przeszłości przeprowadzono już badanie listy kontrolnej lub stworzono narzędzie pomocnicze procesu decyzyjnego i widać wyraźnie, że nie nastąpiła żadna znacząca zmiana potrzeb pacjenta, powtarzanie badania listy kontrolnej i tworzenia narzędzia pomocniczego procesu decyzyjnego nie powinno być uznane za konieczne.

## Niezadowolenie z decyzji dotyczącej uprawnienia do opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS

Jeżeli pacjent jest niezadowolony z decyzji w sprawie opieki pielęgniarskiej refundowanej przez NHS, może poprosić CCG o rewizję decyzji lub skorzystać z procedury skarg i zażaleń na CCG.