

**Informacja dotycząca trybu kierowania świadczeniobiorcy
do zakładu opiekuńczo-leczniczego / zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego wraz z listą niezbędnych
dokumentów**

**MINISTERSTWO ZDROWIA
DEPARTAMENT ZDROWIA PUBLICZNEGO**

Warszawa, 4 listopada 2011 r.

INFORMACJA

**dotycząca trybu kierowania świadczeniobiorcy
do
zakładu opiekuńczo-leczniczego / zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego
wraz
z listą niezbędnych dokumentów**

Zgodnie z przepisem art. 219 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166, poz. 1265), obowiązuje do czasu wydania aktu wykonawczego realizującego upoważnienie ustawowe zawarte w art. 33a ust. 2 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.), nie dłużej jednak niż do dnia 1 lipca 2012 r. Ponadto od dnia 1 lipca 2011 r. obowiązuje przepis art. 33a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustalający generalną zasadę, zgodnie z którą świadczeniobiorcy przysługują świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia 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.), świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel”, otrzymał 40 punktów lub mniej. Warunku oceny skalą Barthel nie stosuje się w przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia.

Zgodnie z § 5 ust. 3 przedmiotowego rozporządzenia, oceny skalą Barthel dokonuje:

- 1) przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego oraz na koniec każdego miesiąca – lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego za pomocą karty oceny, której wzór określa załącznik nr 2 do ww. rozporządzenia.

Stosownie do § 1 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności

za pobyt w tych zakładach, z wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego albo zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego może wystąpić świadczeniobiorca ubiegający się o skierowanie do tego zakładu albo jego przedstawiciel ustawowy lub – za zgodą świadczeniobiorcy albo jej przedstawiciela ustawowego – inna osoba lub podmiot leczniczy. Zgodnie z § 1 ust. 3 pkt 1 i 2 przedmiotowego rozporządzenia, do wniosku dołącza się:

- 1) zaświadczenie lekarskie stwierdzające, że świadczeniobiorca ubiegający się o skierowanie do zakładu ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymaga hospitalizacji, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wywiad pielęgniarski przeprowadzony przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarkę podmiotu leczniczego, w którym świadczeniobiorca ubiegający się o skierowanie do zakładu przebywa, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie, w szczególności:
 - a) decyzję organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury albo renty; do decyzji załącza się zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie

przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami, lub

- b) decyzję o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu albo przedstawiciela ustawowego do odbioru tych należności przez zakład.

W przypadku zakwalifikowania świadczeniobiorcy ubiegającego się o pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym bądź zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym do tego zakładu, na podstawie ww. karty oceny, zaświadczenia lekarskiego oraz wywiadu pielęgniarskiego, **lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wydaje skierowanie**, o którym mowa w art. 33a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, **stanowiące podstawę do umieszczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym bądź zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.**

Skierowanie, o którym mowa ww. przepisie, winno spełniać warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697), dotyczące dokumentacji indywidualnej zewnętrznej, którą zgodnie z § 2 ust. 4 pkt 1 ww. aktu prawnego, stanowi w szczególności skierowanie do szpitala lub innego podmiotu.

W zakresie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego bądź pielęgnacyjno-opiekuńczego zastosowanie mają odpowiednio wymogi przewidziane w § 9 ust. 2 ww. rozporządzenia, zgodnie z którymi skierowanie zawiera:

1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie:

- a) nazwę podmiotu,
- b) adres podmiotu, wraz z numerem telefonu,
- c) kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), utrzymanych w mocy na podstawie art. 219 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej, zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego,
- e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy - w przypadku podmiotu leczniczego,
- f) numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską - w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej;

2) **oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.):**

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) oznaczenie płci,
- d) adres miejsca zamieszkania,
- e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Wnioski końcowe:

Mając na uwadze regulacje zawarte w powyższych aktach prawnych, **podstawą umieszczenia świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym bądź pielęgnacyjno-opiekuńczym są następujące dokumenty:**

1. **Wniosek o wydanie skierowania do zakładu, z którym może wystąpić:**

- 1) świadczeniobiorca ubiegający się o skierowanie do zakładu albo
- 2) przedstawiciel ustawowy ww. osoby lub
- 3) inna osoba – za zgodą osoby wskazanej w lit. a albo b,
- 4) podmiot leczniczy - za zgodą osoby wskazanej w lit. a albo b

- do którego należy dołączyć:

1) **kartę oceny wystawioną przez:**

- a) lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego - przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, a w przypadku nie dołączenia przedmiotowego dokumentu do wniosku, kartę oceny wypełnia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wystawiający skierowanie do zakładu pod warunkiem wypełnienia przez pielęgniarkę karty oceny w części dotyczącej skali Barthel,
- b) lekarza i pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego - w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego oraz na koniec każdego miesiąca;

2) **zaświadczenie lekarskie** stwierdzające, że świadczeniobiorca ubiegający się o skierowanie do zakładu ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej pielęgnacji, opieki lub rehabilitacji i nie wymaga hospitalizacji;

3) wywiad pielęgniarski przeprowadzony przez:

- a) pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego albo
- b) pielęgniarkę podmiotu leczniczego, w którym świadczeniobiorca ubiegający się o skierowanie do zakładu przebywa.

2. Skierowanie wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego:

- 1) do zakładu opiekuńczo-leczniczego – wydane na pobyt stały albo na czas określony,
- 2) do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego – wydane na czas określony.

3. Dokumenty stwierdzające wysokość dochodów świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie, w szczególności:

- 1) decyzję organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury albo renty; do decyzji załącza się zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami, lub
- 2) decyzję o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu albo przedstawiciela ustawowego do odbioru tych należności przez zakład.

W świetle regulacji rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach:

- 1) wniosek wraz z dokumentami wymienionymi w ust. 1 pkt 1-3 i ust. 3 przedmiotowej Informacji, składa się do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który na podstawie dokumentów wskazanych w ust. 1 pkt 1-3, uwzględniając w miarę możliwości dokonanie wyboru zakładu przez świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie, wydaje opinię co do skierowania tej osoby do określonego zakładu;
- 2) skierowanie do zakładu wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3 i ust. 3 niniejszej informacji, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, który wystawił skierowanie, świadczeniobiorca albo jego przedstawiciel ustawowy, lub – za zgodą świadczeniobiorcy albo jego przedstawiciela ustawowego – inna osoba lub podmiot leczniczy, przekazuje kierownikowi odpowiedniego zakładu (kopię wniosku zatrzymuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego);
- 3) na podstawie przedmiotowych dokumentów świadczeniobiorca jest przyjmowany do zakładu w terminie 12 miesięcy od dnia wydania skierowania. Jeżeli w terminie 3 miesięcy od wydania skierowania świadczeniobiorca nie zostanie przyjęty do zakładu z powodu braku miejsc, jest wpisywany na listę oczekujących prowadzoną przez zakład. Świadczeniobiorca skierowany powinien być przyjęty do zakładu nie później niż w terminie 12 miesięcy od dnia wydania skierowania;
- 4) kierownik zakładu zawiadamia pisemnie świadczeniobiorcę skierowanego, jego przedstawiciela ustawowego, lub – za zgodą świadczeniobiorcy albo jego przedstawiciela ustawowego – inną osobą lub podmiotem leczniczym, w którym świadczeniobiorca przebywa, o terminie przyjęcia do zakładu. O przyjęciu do zakładu świadczeniobiorcy skierowanego kierownik zakładu zawiadamia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który wystawił skierowanie do zakładu.
Zgodnie z treścią § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach, w przypadkach nagłych wynikających ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego może wydać skierowanie do zakładu na czas określony bez zachowania wyżej określonego trybu, a przyjęcie do zakładu może nastąpić poza kolejnością.

i(-) Piotr Dąbrowski
Z-ca Dyrektora
Departamentu Zdrowia Publicznego