

Warszawa, dnia 28 czerwca 2012 r.

Poz. 731

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 25 czerwca 2012 r.

w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

Na podstawie 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposób i tryb kierowania osób do zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego, zwanego dalej „zakładem opiekuńczym”;
- 2) dokumentację wymaganą przy kierowaniu osób do zakładu opiekuńczego, w tym wzory: wniosku o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczego, wywiadu pielęgniarskiego i zaświadczenia lekarskiego oraz skierowania do zakładu opiekuńczego;
- 3) sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczym.

§ 2. 1. Z wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczego, zwanym dalej „wnioskiem”, występuje do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorca.

2. Wzór wniosku określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Do wniosku załącza się wywiad pielęgniarski oraz zaświadczenie lekarskie.

2. Wzór wywiadu pielęgniarskiego i zaświadczenia lekarskiego określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wydaje skierowanie do zakładu opiekuńczego, zwane dalej „skierowaniem”, w przypadku gdy świadczeniobiorca spełnia kryteria objęcia świadczeniami gwarantowanymi udzielanymi w warunkach stacjonarnych, które realizowane są w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, o których mowa w rozporządzeniu 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, Nr 211, poz. 1645 i Nr 217, poz. 1688 oraz z 2010 r. Nr 255, poz. 1719).

2. Wzór skierowania określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123.

§ 5. 1. Świadczeniobiorca składa skierowanie bezpośrednio do wybranego przez siebie zakładu opiekuńczego.

2. Do skierowania świadczeniobiorca załącza:

- 1) wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie, o których mowa w § 3;
- 2) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu świadczeniobiorcy, o których mowa w § 8 ust. 3.

§ 6. Wniosek, skierowanie oraz wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie, o których mowa w § 3, nie są wymagane, w przypadku gdy sąd opiekuńczy wyda orzeczenie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym. W takiej sytuacji orzeczenie sądu opiekuńczego stanowi podstawę do umieszczenia świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym.

§ 7. Kierownik zakładu opiekuńczego udziela informacji świadczeniobiorcy oraz odpowiednio domowi pomocy społecznej albo podmiotowi leczniczemu, w przypadku gdy świadczeniobiorca przebywa w tym domu albo w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, o kolejności przyjęcia świadczeniobiorcy oraz o przewidywanym terminie przyjęcia do zakładu opiekuńczego.

§ 8. 1. Miesięczna opłata za pobyt w zakładzie opiekuńczym, obejmująca koszty wyżywienia i zakwaterowania, o której mowa w art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwana dalej „opłatą”, jest ustalana przez kierownika zakładu opiekuńczego.

2. Opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu świadczeniobiorcy przebywającego w zakładzie opiekuńczym.

3. Opłatę ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy, w szczególności:

- 1) decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ, lub
- 2) decyzji o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu opiekuńczego do odbioru tych należności przez zakład opiekuńczy.

4. W przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym w trakcie jego pobytu w tym zakładzie opiekuńczym, obliczając opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza zakładem opiekuńczym opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.

§ 9. 1. Do rozpatrzenia wniosków o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego albo do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego złożonych na podstawie przepisów 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 (Dz. U. Nr 166, poz. 1265) stosuje się przepisy niniejszego rozporządzenia, z tym że wywiady pielęgniarskie i zaświadczenia lekarskie zachowują ważność.

2. Skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego i skierowania do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego wydane przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zachowują ważność.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2012 r.³⁾

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem 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), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 219 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 czerwca 2012 r. (poz. 731)

Załącznik nr 1

WZÓR

**WNIOSEK O WYDANIE SKIEROWANIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-
-LECZNICZEGO/ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO**

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis świadczeniobiorcy

WZÓR

WYWIAD PIELEŃNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIELEŃNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia *

- karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik
- karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem
- zakładanie zgłębnika
- inne niewymienione

b) higiena ciała

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia *

- w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiana rurki tracheostomijnej
- inne niewymienione

c) oddawanie moczu

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia *

- cewnik
- inne niewymienione

d) oddawanie stolca

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia *

- pielęgnacja stomii
- wykonywanie lewatyw i irygacji
- inne niewymienione

e) przemieszczanie pacjenta

– samodzielny/przy pomocy/utrudnienia *

- z zaawansowaną osteoporozą
- którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności
- inne niewymienione

f) rany przewlekłe

- odleżyny
- rany cukrzycowe
- inne niewymienione

g) oddychanie wspomagane**h) świadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*****i) inne****3. Liczba punktów uzyskanych w skali Barthel^{**/**}**
Miejscowość, data.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/nie wymaga* skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data.....
Podpis oraz pieczęć lekarza

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.), zastępuje ocenę skalą Barthel.

*** W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia wpisać: „nie ma zastosowania”.

WZÓR

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIEŁĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO*****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).....
Dotychczasowe leczenie.....
Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia (tak/nie*).....
Liczba punktów w skali Barthel, którą uzyskał świadczeniobiorca**.....
Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia (tak/nie)*.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***.....
Pielegniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)*****– do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego* .**.....
Miejscowość, data.....
Podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz pieczęć podmiotu
lecniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego
wykonuje zawód w tym podmiocie

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.