

**Załącznik Nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołonego w
Częstochowie przy ul. Mirowskiej nr 15**

REGULAMIN ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, zwany dalej: „ZOL” działa w strukturze SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie i realizuje stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne w rozumieniu ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej.
2. ZOL udziela świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów niewymagających leczenia szpitalnego, zapewnia pielęgnację pacjentów, opiekę, rehabilitację oraz zapewnia produkty lecznicze niezbędne do dalszego procesu leczenia, zakwaterowanie, wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także edukację zdrowotną dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowuje te osoby do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

§ 2

1. ZOL jest kierowany przez Kierownika ZOL, który jest lekarzem bezpośrednio podporządkowanym Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Kierownik ZOL kieruje pracą pozostałych lekarzy ZOL, odpowiada za właściwe funkcjonowanie ZOL i udzielanie świadczeń zdrowotnych o należytej jakości.
2. W razie swojej nieobecności, Kierownik ZOL wskazuje innego lekarza odpowiedzialnego za kierowanie ZOL. Kierownikowi ZOL podlegają rehabilitanci zatrudnieni w ZOL, psycholog i terapeuta zajęciowy.
3. Świadczenia pielęgnacyjne udzielane są przez pielęgniarki i opiekunów medycznych, którymi kieruje pielęgniarka koordynująca. Pielęgniarkę koordynującą podlega sekretarka medyczna.
4. W ZOL jest przygotowanych 60 miejsc dla pacjentów wymagających świadczeń opiekuńczo-leczniczych.
5. Obsługę administracyjno-finansową i gospodarczo-techniczną ZOL prowadzą odpowiednie komórki SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie.
6. Kierownik ZOL odpowiada za gromadzenie, przechowywanie i archiwizowanie dokumentów ZOL zgodnie z oddzielnymi przepisami SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie.
7. Dokumentacja ZOL jest archiwizowana w ZOL.
8. Kierownik ZOL udziela informacji odpowiednio świadczeniobiorcy oraz odpowiednio domowi pomocy społecznej albo podmiotowi leczniczemu, o kolejności przyjęcia świadczeniobiorców oraz o przewidywanym terminie przyjęcia do ZOL. W razie swojej nieobecności Kierownik ZOL wskazuje innego lekarza odpowiedzialnego za terminy przyjęcia do ZOL.
9. Skargi i wnioski w sprawach dot. działalności ZOL przyjmuje w pierwszej kolejności kierownik ZOL, a następnie Pełnomocnik Dyrektora Miejskiego Szpitala Zespołonego w Częstochowie przy ul. Bony 1/3. Godziny przyjęć podawane są na tablicy informacyjnej ZOL.

II. PODSTAWY PRAWNE DZIAŁANIA ZOL

§ 3

Podstawę funkcjonowania ZOL stanowi:

1. ustawa z 15.04.2011r. o działalności leczniczej;
2. ustawa z 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
3. ustawa z 19.08.1994r. o ochronie zdrowia psychicznego;
4. ustawa z 05.12.1996r. o zawodzie lekarza;
5. ustawa z 15.07.2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej;

6. ustawa z 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
7. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
8. przepisy wykonawcze do ustaw powołanych w pkt. 1 do 6,
9. regulamin organizacyjny SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie.

III. WSPÓŁDZIAŁANIE DLA ZAPEWNIENIA SPRAWNOŚCI FUNKCJONOWANIA ZOL POD WZGLĘDEM LECZNICZYM, ADMINISTRACYJNYM I GOSPODARCZYM.

§ 4

1. Do zadań ZOL i innych komórek organizacyjnych SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie współpracujących z ZOL w szczególności należy:

- a) realizacja zadań i celów określonych w regulaminie organizacyjnym SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie i niniejszym Regulaminie,
- b) opracowanie wniosków do projektu planu finansowego SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie na dany rok kalendarzowy oraz realizacja zadań ZOL wg tego planu,
- c) opracowanie sprawozdań z wykonanych zadań, zleconych przez Dyрекcję SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie oraz sprawozdań i informacji wynikających z odrębnych przepisów,
- d) udzielanie wyjaśnień, służących badaniu przez Dyрекcję SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie i zasadności skarg i wniosków odnoszących się do działalności ZOL,
- e) ochrona tajemnicy zawodowej i służbowej,
- f) przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych w zakresie gromadzonych informacji,
- g) bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej oraz jej ochrona zgodnie z obowiązującymi przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi,
- h) wykonywanie innych czynności określonych zarządzeniami lub poleceniem Dyrektora SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie.

2. Szczegółowy sposób wykonania zadań określa Dyrektor SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie w drodze zarządzeń, instrukcji lub poleceń służbowych.

§ 5

1. Dla realizacji celów określonych w par. 4 Dyrektor SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie organizuje narady z udziałem Kierownika ZOL. Sposób zwoływania narad oraz ich przebieg określa Dyrektor SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie.

2. ZOL prowadzi korespondencję z Dyрекcją MSZ za pośrednictwem Sekretariatu SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie.

§ 6

1. ZOL współdziała z innymi podmiotami leczniczymi, w tym z jednostkami i komórkami funkcjonalnymi SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie oraz innymi podmiotami, prowadzącymi działalność w dziedzinie ochrony zdrowia w celu zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów, ciągłości postępowania i zapewnienia świadczeń zdrowotnych w przypadkach nagłego

pogorszenia się stanu zdrowia. W tym zakresie ZOL stosuje się do umów podpisanych przez SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie i procedur obowiązujących w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie.

IV. PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 7

1. Świadczenia zdrowotne ZOL udzielane są całodobowo przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymogi, określone w odrębnych przepisach. Świadczenia te udzielane są wyłącznie w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń, odpowiadających wymaganiom, przewidzianym w odrębnych przepisach.

§ 8

1. ZOL prowadzi rejestr pacjentów. ZOL zapewnia pacjentom:

- a) środki farmaceutyczne i materiały medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonywania świadczenia medycznego,
- b) pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
- c) opiekę lekarsko-pielęgniarską, w tym bieżące monitorowanie procesu leczenia, dodatkowe badania diagnostyczne i specjalistyczne konsultacje lekarskie oraz terapię zajęciową, rehabilitację, pomoc psychologiczną,
- d) odpowiednie warunki przechowywania rzeczy wartościowych zgodnie z postanowieniami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala,
- e) poszanowanie praw pacjenta,
- f) prowadzenie pełnej dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§ 9

1. Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w ZOL decydują o rodzaju oraz ilości świadczeń rehabilitacyjnych i leczniczych, zlecanych pacjentom, biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjentów oraz dotychczasowe wyniki rehabilitacji i leczenia, a także celowości skierowania pacjenta na hospitalizację.
2. ZOL zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy, gromadzi i przekazuje właściwej komórce organizacyjnej zgodnie z odrębnymi przepisami organizacyjnymi SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie o świadczeniach zdrowotnych, udzielonych poszczególnym pacjentom w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach i umowach.

§ 10

1. Rozkład czynności w zakresie pielęgnowania pacjentów ZOL:

6. 30- 7. 15 – raport pielęgniarski

7.15- 8.30 – pielęgnacja chorych

8.30- 9.30 – śniadanie, karmienie chorych, podanie leków, wykonanie zleceń lekarskich

9.30- 10.30 wizyta lekarska, wykonanie bieżących zleceń lekarskich

10.30-11.30-kąpiele chorych

11.30-12.30- zabiegi pielęgnacyjne

12.30-13.30 – obiad, karmienie chorych, podanie leków

13.30-15.30 – terapia zajęciowa

15.30-16.30 – zabiegi pielęgnacyjne

16.30-17.30 – kolacja, karmienie chorych, podanie leków

17.30-18.30- zabiegi pielęgnacyjne

18.30-19.15 – raport pielęgniarstwa

19.15-22.00 – zabiegi pielęgnacyjne, podanie leków

22.00-6.00 – cisza nocna, niezbędne interwencje medyczne

§ 11

1. Zalecane godziny odwiedzin, codziennie w godz. od 11.00-20.00., chyba, że odrębne przepisy organizacyjne SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie stanowią inaczej.
2. Informacje o stanie zdrowia pacjentów udzielane są wyłącznie przez lekarza ZOL.
3. Informacji o pielęgnacji pacjentów udzielają pielęgniarki.
4. Pacjent i jego rodzina są informowani o wyjściu do domu lub Domów Pomocy Społecznej najpóźniej w przeddzień wypisu.
5. W przypadku pogorszenia ogólnego stanu zdrowia rodzina pacjenta lub osoby uprawnione zgodnie z odrębnymi przepisami są informowane o tym fakcie.

V. ZASADY PRZYJĘCIA DO ZOL, WYPISYWANIA I POBIERANIA OPŁAT ZA POBYT W ZOL

§ 12

1. Sposób kierowania do ZOL, dokumentację wymaganą przy kierowaniu do ZOL, w tym wzór wniosku o wydanie skierowania do ZOL, wywiadu pielęgniarstwa i zaświadczenia lekarskiego oraz skierowania do ZOL, a także sposób ustalania odpłatności za pobyt w ZOL określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25.06.2012r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.
2. Podstawą przyjęcia do ZOL jest skierowanie do ZOL, wypełnione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na wniosek osoby ubiegającej się o umieszczenie w ZOL albo na wniosek jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego / opiekuna faktycznego.
3. W przypadku braku możliwości wyrażenia zgody przez pacjenta, którego stan wymaga umieszczenia w ZOL – zgoda pacjenta może być zastąpiona orzeczeniem właściwego sądu opiekuńczego.
4. Skierowanie do ZOL wraz z wnioskiem i kompletem dokumentów do wniosku przekazywane są do sekretariatu ZOL, tam rejestrowane i przekazywane Kierownikowi ZOL lub lekarzowi ZOL. Wniosek wraz z kompletem dokumentów oraz z wyliczeniem kwoty za pobyt danego pacjenta jest przekazywany do Dyrekcji SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie.
5. O przyjęciu świadczeniobiorcy do ZOL decyduje Kierownik ZOL lub lekarz ZOL zastępujący kierownika ZOL. Kierownik ZOL lub lekarz zastępujący kierownika ZOL zawiadamia telefonicznie osobę skierowaną do ZOL albo przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego /opiekuna faktycznego albo odpowiednio dom pomocy społecznej, podmiot leczniczy o kolejności przyjęcia świadczeniobiorcy lub o umieszczeniu na liście oczekujących i przewidywanym terminie przyjęcia do ZOL. Listę oczekujących prowadzi Kierownik ZOL.

6. Lekarz zarządzający oddziałem SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie, na którym przebywa pacjent niewymagający dalszego leczenia szpitalnego może wydać skierowanie do ZOL bez zachowania tego trybu, jeżeli przyjęcie do ZOL uzasadniają szczególne okoliczności. W takich przypadkach przyjęcie może nastąpić poza kolejnością.

7. Czas trwania pobytu pacjenta w ZOL jest uwarunkowany oceną pacjenta w skali Barthel - do 40 pkt. W medycznie uzasadnionych przypadkach czas pobytu pacjenta w ZOL może być przedłużony na czas nieokreślony.

8. W dniu przyjęcia do ZOL oraz na koniec każdego miesiąca lekarz i pielęgniarka ZOL dokonują oceny pacjenta ZOL za pomocą karty oceny, stanowiącej **załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu, oceną skali poziomu samodzielności tzw. „skalą Barthel”.

9. Wniosek ze skierowaniem i innymi wymaganymi dokumentami składa się w Sekretariacie ZOL. Wzór wniosku stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu. Przyjęcia do ZOL dokonuje się wg kolejności zarejestrowania wniosku w Sekretariacie ZOL.

Do skierowania załącza się:

a) wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie wg wymaganego wzoru określonego w/w rozporządzeniem Ministra Zdrowia,

b) dokumenty stwierdzające wysokość dochodu ubiegającego się o przyjęcie, tj. aktualną decyzję organu rentowo-emerytalnego, ośrodka pomocy społecznej lub pozostałych organów wypłacających świadczenia pieniężne.

10. Wniosek, skierowanie oraz wywiad pielęgniarski i zaświadczenie lekarskie nie są wymagane w przypadku, gdy sąd opiekuńczy wyda orzeczenie o umieszczeniu w ZOL świadczeniobiorcy. W takiej sytuacji orzeczenie sądu opiekuńczego stanowi podstawę do umieszczenia w ZOL świadczeniobiorcy.

11. Jeśli osoba ubiegająca się o umieszczenie w ZOL nie może być przyjęta do ZOL z powodu braku miejsc – taką osobę wpisuje się na listę osób oczekujących w kolejności złożenia wniosku.

12. Osoba przyjmowana do ZOL albo odpowiednio jej przedstawiciel ustawowy /opiekun prawny /opiekun faktyczny składa :

a) oświadczenie osoby przyjmowanej do ZOL – **załącznik nr 3 do regulaminu;**

b) decyzję określającą wysokość dochodu ubiegającego się o przyjęcie, tj. aktualną decyzję organu rentowo-emerytalnego, ośrodka pomocy społecznej lub pozostałych organów wypłacających świadczenia pieniężne;

c) oświadczenie zobowiązujące do ponoszenia odpłatności za pobyt w ZOL wg **załącznika nr 4 do regulaminu;**

d) zgodę na przekazywanie opłaty za ZOL wg **załącznika nr 5 do regulaminu.**

13. Wysokość opłaty za ZOL ustalana jest przez Kierownika ZOL lub zastępującego go lekarza ZOL. Informacja o wysokości opłaty, stanowiąca **załącznik nr 6 do regulaminu** i jest przedkładana do Działu Ekonomiczno - Finansowego MSZ.

14. Osoba przebywająca w ZOL lub opiekun prawny/opiekun faktyczny zobowiązana jest zawiadomić sekretarkę medyczną ZOL o każdej zmianie wysokości świadczeń i niezwłoczne dostarczenie aktualnej decyzji do sekretarki medycznej ZOL. W takim przypadku wysokość opłaty za pobyt w ZOL ustala się ponownie.

15. Opłatę za pobyt w ZOL w przypadku czasowej nieobecności pacjenta pomniejsza się na zasadach określonych w w/w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

16. Opłaty za pobyt w ZOL należy regulować w terminie do 3 dni roboczych po otrzymaniu świadczenia pieniężnego, przelewem na rachunek bankowy MSZ wskazany w informacji o ustaleniu opłat.

17. W uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość dokonywania wpłat za pobyt pacjenta gotówką do sekretarki medycznej w ZOL. Wpłaty te są niezwłocznie przekazywane do kasy SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie przy ul. Mirowskiej 15.

18. W przypadku zgonu lub wypisu pacjenta ZOL, opłata za pobyt w ZOL podlega rozliczeniu i kwota nadpłaty obliczonej proporcjonalnie do ilości dni pozostałych do końca danego miesiąca, wypłacana jest :

a) w przypadku wypisu : pacjentowi lub jego opiekunowi prawnemu, a w przypadku jego braku opiekunowi faktycznemu, a w przypadku braku takich osób – jest przekazywana do depozytu w kasie przy ul. Mirowskiej 15;

b) w przypadku zgonu : opiekunowi prawnemu, a w przypadku jego braku jest przekazywana do depozytu w kasie przy ul. Mirowskiej 15 i wypłacana spadkobiercom po okazaniu prawomocnego postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku/ aktu poświadczenia dziedziczenia.

Wzór wniosku o rozliczenie opłat za pobyt w ZOL stanowi **załącznik nr 7 do regulaminu**.

§ 13

1. Pacjent przebywający w ZOL ponosi koszty żywienia i zakwaterowania.
2. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu pacjenta ZOL w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
3. Pacjent przyjęty do ZOL lub jego opiekun faktyczny/prawny podpisuje oświadczenie o wysokości opłat za ZOL, zgodnej z informacją przekazaną mu przy przyjęciu.
4. Na podstawie pisemnej zgody osoby przebywającej w ZOL, na dokonywanie przez organ rentowy lub ośrodek pomocy społecznej przekazywania opłat za ZOL ze świadczeń pieniężnych świadczeniobiorcy, organ ten dokonuje wpłat na konto bankowe Szpitala.
5. W uzasadnionych przypadkach, Dyrektor SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie może wystąpić na wniosek Kierownika ZOL lub lekarza ZOL do organu emerytalno-rentowego lub pomocy społecznej z wnioskiem o potrącanie ze świadczeń pieniężnych opłat za ZOL i ich przekazywanie na rachunek bankowy Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie. Wzór wniosku stanowi **załącznik nr 8 do regulaminu**.

§ 14

1. Pacjentów ZOL wypisuje się odpowiednio wg zasad jak pacjentów Oddziałów Szpitala (zasady uregulowane w części Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie).

VI. ZASADY DEPOZYTOWANIA ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH

§ 15

1. Pacjent przebywający w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym ma prawo do przechowywania w depozycie szpitalnym otrzymanych podczas pobytu świadczeń emerytalnych, rentowych, zasiłkowych i innych świadczeń pieniężnych.
2. Przez depozyt szpitalny rozumie się zarówno depozyt znajdujący się w siedzibie ZOLu, jak i w kasie MSZ przy ul. Mirowskiej 15.
3. Pacjent decyduje o przekazaniu do depozytu szpitalnego w/w świadczeń pieniężnych podejmuje samodzielnie.
4. Pacjent przebywający w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, co do którego personel medyczny nie ma wątpliwości odnośnie stanu jego świadomości i orientacji co do czasu/miejsca/własnej osoby - może samodzielnie odbierać świadczenia pieniężne od listonosza, co kwituje i potwierdza własnoręcznym podpisem. Pracownicy Szpitala nie mają prawa odbierać świadczeń pieniężnych lub potwierdzać ich odbioru za pacjentów.

5. Po odebraniu świadczenia pieniężnego od listonosza, pacjent podejmuje indywidualną decyzję czy chce skorzystać z prawa do przechowania świadczenia w depozycie szpitalnym czy też zatrzymuje pieniądze na własne ryzyko i odpowiedzialność.
6. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za środki pieniężne przechowywane przez pacjenta poza depozytem.

§ 16

1. Jeśli pacjent przebywający w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym jest nielogiczny i istnieją wątpliwości w zakresie jego orientacji co do czasu/miejsca/własnej osoby lub nie posiada opiekuna faktycznego - Kierownik Zolu za pośrednictwem Dyrekcji MSZ wystąpi z wnioskiem do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub innego organu o wypłatę 70 % wartości przysługującego pacjentowi świadczenia, która jest potrzebna na zapłatę za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Opisana w ustępie powyżej procedura może zostać zastosowana również w przypadku, gdy pacjent lub jego rodzina mimo złożenia oświadczenia o terminowym regulowaniu opłat za ZOL nie wywiązuje się z tego zobowiązania.

§ 17

1. Jeśli pacjent przebywający w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym zgłosi pracownikowi Szpitala, że chce skorzystać z przysługującego mu prawa do przechowania świadczenia pieniężnego w depozycie szpitalnym, pracownik Szpitala informuje o tym fakcie niezwłocznie Pielęgniarkę Koordynującą.
2. Pielęgniarka Koordynująca tworzy kartę depozytową pacjenta, przyjmuje otrzymane od pacjenta pieniądze oraz umieszcza je w depozycie szpitalnym w ZOLu.
3. Pielęgniarka Koordynująca tworząc kartę depozytową ma obowiązek uzyskać od pacjenta własnoręczny podpis pod kwotą jaką pacjent przekazuje jej w depozyt, ona zaś ma obowiązek poświadczyć własnoręcznym podpisem kwotę jaką przyjmuje od pacjenta do depozytu szpitalnego.
4. W przypadku pacjenta nielogicznego, co do którego istnieją wątpliwości co do jego orientacji w zakresie czasu/miejsca/własnej osoby, kartę depozytową podpisuje pielęgniarka koordynująca w obecności dwóch świadków.
5. Pielęgniarka Koordynująca jest osobą wyłącznie odpowiedzialną za świadczenia pacjentów, złożone jej w depozycie ZOL. W przypadku wyznaczonej osoby na czas jej zastępstwa na pisemne oświadczenie tej osoby odpowiada zastępująca ją pielęgniarka.
6. Przekazanie przez Pielęgniarkę Koordynującą kluczy do depozytu ZOL osobom trzecim lub przekazanie osobom trzecim informacji, które mogą skutkować, że otrzymają one dostęp do depozytu ZOL, następuje na jej własne ryzyko. Przekazanie kluczy osobom trzecim może nastąpić na czas jej zastępstwa.
7. Pielęgniarka Koordynująca w każdym czasie może przekazać środki zdeponowane w depozycie Zolu do depozytu w kasie przy ul. Mirowskiej 15, z zastrzeżeniem, że jeśli zaistnieje konieczność ich pobrania w późniejszym czasie, będzie potrzebna ku temu pisemna zgoda pacjenta lub jego opiekuna prawnego.

§ 18

Wszelkie kwestie nieuregulowane w niniejszym Regulaminie rozstrzyga Dyrektor MSZ w Częstochowie.

ZAŁĄCZNIK NR 1

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynności ¹⁾	Wynik
1.	Spożywanie posiłków 0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 = samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie 0 = nie jest w stanie ; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 = większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10 = mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15= samodzielny	
3.	Utrzymanie higieny osobistej 0 = potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10 = niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie i kąpiel całego ciała 0 = zależny 5 = niezależny lub pod prysznicem	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 = nie porusza się lub < 50 m 5= niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m 10 = spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m 15 = niezależny , ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 = nie jest w stanie 5 = potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10 = samodzielny	
8.	Ubieranie i rozbieranie się 0 = zależny 5 = potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10 = niezależny w zapinaniu guzków, zamka. Sznurowadeł. itp.	
9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu 0 = nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatywy 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego 0 = nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 = czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 = panuje, utrzymuje mocz	
Wynik kwalifikacji		

.....
pielęgniarka zakładu opiekuńczego) **Wynik oceny stanu zdrowia:**

(data, pieczęć, podpis pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga 1) skierowania do zakładu opiekuńczego / dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym 1)

.....

.....
..... (data, pieczęć, podpis
lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu
opiekuńczego)

- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) Mahoney FI. Barthel O. "Badanie funkcjonalne Wskaźnik Bartne!." Maryland State Med Journal 1965; 14:56-61.
Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
- 3) W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
- 4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
- 5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

Załącznik nr 2

Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o przyjęcie:

tel. kontaktowy:

SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15 w Częstochowie
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY
42-200 Częstochowa, ul. Bony 1/3 tel: (34)37 02 620/-623/-626

DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO PRZYJĘCIA DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO- LECZNICZEGO

	<i>Dokumenty</i>	<i>Osoba wypełniająca</i>	<i>Podstawa prawna</i>
1	Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego <i>Wzór skierowania określa załącznik nr 3 do rozporządzenia</i> <i>(podmiot kierujący posiada umowę zNFZ)</i>	Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych , z dnia 25 czerwca 2012 r.
2	Wywiad pielęgniarski oraz zaświadczenie lekarskie <i>Wzór wywiadu pielęgniarskiego i zaświadczenia lekarskiego określa załącznik nr 2 do rozporządzenia</i>	Odpowiednio: pielęgniarka środowiskowa (rodzinna) lub pielęgniarka oddziału szpitalnego; lekarz POZ lub lekarz oddziału szpitalnego	
3	Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o przyjęcie do ZOL tj: - decyzja organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej <i>lub</i> - decyzja o przyznaniu zasiłku stałego <i>lub</i> - zaświadczenie o dochodach – wynagrodzeniu z zakładu pracy		

w/w dokumenty należy złożyć w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Częstochowie, przy ul. Bony 1/3, budynek B – III piętro

**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

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO/
ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-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)***

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)***

– do zakładu opiekuńczo-leczniczego/zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego*.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

* Niepotrzebne skreślić.

** Jeżeli jest wymagana.

*** Fakultatywnie, na wniosek świadczeniobiorcy.

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

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 albo imię i nazwisko
pielęgniarki, jej podpis oraz numer prawa
wykonywania zawodu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko
lekarza, jego podpis oraz numer prawa wykonywania
zawodu

* 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”.

2. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1			
2			
3			

3. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

L.p.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Nr telefonu świadczeniodawcy
1		
2		
3		

.....
Data, podpis i pieczęć pielęgniarki

ZAŁĄCZNIK NR 3

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana / podpisany

oświadczam, że:

1. Zostałam / zostałem poinformowana / poinformowany o utracie prawa do dodatku pielęgnacyjnego w przypadku przebywania w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, zgodnie z art.75 ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153 poz.1227 z późn. zm.) o brzmieniu:

„ Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje, chyba, że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu.”

Zobowiązuję się do poinformowania organ emerytalno-rentowy o przyjęciu do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego

2. Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Częstochowie ul. Bony 1/3 o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej osoby starającej się o przyjęcie do ZOL, szczególnie o pobycie w innym zakładzie opieki zdrowotnej, ośrodku pomocy społecznej, rezygnacji umieszczenia w ZOL-u, ewentualnie prośbie o umieszczeniu w Zakładzie w terminie późniejszym.

Jednocześnie oświadczam, że nie posiadam innych dochodów poza emeryturą / rentą / zasiłkiem stałym / rentą socjalną.

.....

Data i podpis

ZAŁĄCZNIK NR 4

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana.....

PESELzamieszkały/zamieszkała w.....

.....

legitymujący /legitymująca się dowodem osobistym seria/nr.....

Oświadczam co następuje:

1. Zobowiązuję się do uiszczenia na rzecz Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15 miesięcznej opłaty z tytułu mojego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Częstochowie przy ul. Bony 1/3 , obejmującej 250 % najniższej emerytury , lecz nie wyższej niż kwota odpowiadająca 70 % mojego dochodu miesięcznego w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, tj. w kwocie wynoszącej.....zł
Słownie.....
Ustalonej w Informacji z dnia..... o przyjęciu mnie do w/w ZOL.
2. Opłatę, o której mowa w pkt.1 niniejszego oświadczenia , zobowiązuję się wносить w terminie 3 dni od daty otrzymania przeze mnie świadczenia stanowiącego podstawę do ustalenia tej kwoty, każdego miesiąca.
3. Przyjmuje do wiadomości, iż opłata za pobyt w ZOL w Częstochowie przy ul. Bony 1/3 o której mowa w pkt. 1 niniejszego Oświadczenia zostanie ustalona ponownie po każdorazowej zmianie wysokości mojego dochodu.
4. O każdorazowej zmianie wysokości mojego dochodu zobowiązuję się poinformować SPZOZ Miejski Szpital Zespołowy w Częstochowie w osobie Kierownika Zakładu Opiekuńczo – Lecznicznego ul. Bony 1/3 .
5. Zobowiązuję się do przedkładania na każde żądanie Kierownika Zakładu Opiekuńczo – Lecznicznego ul. Bony 1/3 . dowodu potwierdzającego fakt i wysokość otrzymania przeze mnie w danym miesiącu mojego pobytu w/w zakładzie świadczenia stanowiącego podstawę do ustalenia opłaty, o której mowa w pkt. 1 niniejszego Oświadczenia.
6. Zostałem/zostałam poinformowana i przyjmuje do wiadomości, iż w przypadku zalegania z wnoszeniem opłaty z tytułu kosztów mojego pobytu w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznego ul. Bony 1/3 .Miejski Szpital Zespołowy uprawniony będzie do dochodzenia w/w opłaty w drodze postępowania sądowego i egzekucyjnego.

Częstochowa dnia.....

.....

własnoręczny , czytelny podpis pacjenta/
przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego

ZAŁĄCZNIK NR 5

Imię pacjenta.....

Nazwisko pacjenta.....

Częstochowa, dn.....r.

PESEL:

Nr świadczenia:

ZGODA NA PRZEKAZYWANIE OPŁATY ZA ZOL NA RACHUNEK BANKOWY SZPITALA

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

42-200 Częstochowa, ulica Dąbrowskiego 43/45

W związku z moim pobytem od dniaw Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Miejskiego Szpitala Zespólnego w Częstochowie przy ulicy Bony 1/3, proszę z dniem dzisiejszym o przekazywanie 70% świadczenia na poczet mojej zapłaty za pobyt w ZOL na konto Miejskiego Szpitala Zespólnego w Częstochowie ul. Mirowska 15 , aż do odwołania .

Numer konta : 25 2030 0045 1110 0000 0184 0230

.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*Pacjent.....pesel:..... przebywa w
tutejszym Zakładzie od dnia do nadal. Poświadczam za
zgodność podpisu, złożonego w mojej obecności.*

dnia.....

.....

pieczęć i podpis lekarza

ZAŁĄCZNIK NR 6

SPZOZ Miejski Szpital Zespolony
Ul. Mirowska 15, 42-200 Częstochowa
Zakład Opiekuńczo-Leczniczny
Ul. Bony 1/3, 42-200 Częstochowa

Częstochowa, dnia.....

Pan /Pani:

.....
.....

Informacja

Dotycząca : kolejności przyjęcia, przewidywanego terminu do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego w Częstochowie , ul. Bony 1/3 oraz opłat za pobyt w w/w Zakładzie.

Stosownie do treści paragrafu 7 i 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczo informuję, co następuje:

1. Pan/Pani.....Pesel.....

Zostanie przyjęty do Zakładu ul. Bony 1/3 co nastąpi w najbliższym możliwym terminie w zależności od wolnych miejsc.

2. O kolejności i dacie przyjęcia Pana /Pani do ZOL zostanie Pan/Pani poinformowany/poinformowana telefonicznie.

3. **Ustaloną miesięczną opłatę za pobyt w ZOL obejmującą koszt wyżywienia i zakwaterowania w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury , lecz nie niższej niż kwota odpowiadająca 70 % Pana/ Pani miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, tj. w kwocie wynoszącej:.....zł.**

Słownie.....zł.

4. Opłatę o której mowa w pkt. 3 niniejszej informacji ustalono na podstawie załączonych do skierowania Pana/ Pani do ZOL dokumentów stwierdzających wysokość Pana/Pani dochodów tj. aktualnej decyzji ZUS, KRUS, decyzji o stałym zasiłku, zaświadczenie o dochodach z zakładu pracy itp.
5. Opłata za Pana/Pani pobyt w ZOL została ustalona na okres do ewentualnych zmian w dochodach.
6. O każdorazowej zmianie wysokości pana/Pani dochodu należy poinformować SPZOZ Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie w osobie Kierownika (sekretarki ZOL) Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego w Częstochowie ul. Bony 1/3.
7. Opłatę za Pana/pani pobyt w ZOL w Częstochowie ul. Bony 1/3 należy wносить w terminie do 3 dni roboczych od daty uzyskania przez Pana/ Panią świadczenia stanowiącego podstawę do ustalenia tej opłaty na konto Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie nr.....

Do wiadomości:

1. Dział Finansowo- Księgowy

.....
Pieczęć i podpis Kierownika /lekarza ZOL

.....
Podpis osoby wyliczającej opłaty

ZAŁĄCZNIK NR 7

Częstochowa, dnia

.....
Pieczęć ZOL

Rozliczenie opłaty za ZOL po zgonie pacjenta

W związku ze zgonem w dniugodz.....
Pacjenta..... Pesel..... w ZOL w
Częstochowie rozliczono opłaty wniesione za pobyt za
miesiąc...../rok.....

Opłata za cały miesiąc (70% świadczenia) – zł

1 osobodzeń zł

Uiszczona opłata oddor.
wyniosła..... zł

Zwrot – zł

**Tel. kontaktowy do osoby podanej we wniosku do przyjęcia do
ZOL.....**

Częstochowa, dnia

.....
Pieczęć ZOL

**Rozliczenie opłaty za ZOL
po wypisie pacjenta**

W związku z wypisem w dniugodz.....
Pacjenta..... Pesel..... w ZOL w
Częstochowie rozliczono opłaty wniesione za pobyt za
miesiąc...../rok.....

Opłata za cały miesiąc (70% świadczenia) – zł

1 osobodzień zł

Uiszczona opłata oddor.
wyniosła..... zł

Zwrot – zł

Lub Dopłata.....zł

Tel. kontaktowy do osoby podanej we wniosku do przyjęcia do

ZOL.....

ZAŁĄCZNIK NR 8

Częstochowa, dnia

**Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Częstochowie
ul. Dąbrowskiego 43/45
42-218 Częstochowa**

dotyczy: dokonywania potrącenia ze świadczenia pacjentki przebywającej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie (ul. Bony 1/3, 42-200 Częstochowa);

Dane pacjentki :

PESEL :

Wniosek Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie

Działając w imieniu i na rachunek Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie, na podstawie art. 139 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych w zw. z art. 18 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, **wnoszę o dokonywanie poczynszu odprzez organ rentowy potrąceń w wysokości 70% przysługującego jej świadczenia z tytułu odpłatności za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie i przekazywanie potrąconej kwoty bezpośrednio na rachunek bankowy Szpitala o numerze :**

25 2030 0045 1110 0000 0184 0230.