

Komunikat nr 180/2014 dla świadczeniodawców w sprawie zasad prawidłowego wystawiania skierowań lekarskich

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina o konieczności sporządzania skierowań lekarskich zgodnie z wymogami określonymi w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. (Dz. U. z 2010 r. Nr 252 poz. 1697 ze zm.) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

Zakres niezbędnych danych, które powinny znaleźć się na skierowaniu obejmuje:

1. Oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1

- nazwa podmiotu
- kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych
- nazwa i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego
- nazwa jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne
- nazwa komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne;

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 i Nr 76, poz. 641 oraz Dz. U. z 2010 r. Nr 96, poz. 620):

- nazwisko i imię (imiona)
- data urodzenia
- oznaczenie płci
- adres miejsca zamieszkania
- 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
- 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.

3. Oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się pacjenta na badanie lub konsultację

Źródło:

Dział Kontraktowania Świadczeń w AOS i OPD - 32 735 16 72, 32 735 17 22, 32 735 16 75, 32 735 17 81, 32 735 17 24

4. Inne informacje lub dane w szczególności **rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego** lub wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania lub konsultacji

5. **Data wystawienie skierowania**

6. **Oznaczenie osoby kierującej** na badanie lub konsultację, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3

- nazwisko i imię
- tytuł zawodowy
- uzyskane specjalizacje
- numer prawa wykonywania zawodu — w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej
- podpis

Jednocześnie przypomina się o obowiązkach lekarza ubezpieczenia zdrowotnego kierującego pacjentem do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego wynikających z zapisów § 12 *ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., Dz. U. z 2008 r. Nr 81 poz. 484), które stanowią, że:*

1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania:

- 1) wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;
- 2) istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym, oraz zastosowanym leczeniu.

2. W przypadku skierowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego przez felczera ubezpieczenia zdrowotnego przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio.

3. W przypadku stwierdzenia braku możliwości dalszej opieki w danej poradni specjalistycznej, po uzasadnieniu w dokumentacji medycznej, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kieruje świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej, w tym o tej samej specjalności, uwzględniając wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji oraz istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym i szpitalnym, a także o zastosowanym leczeniu.

4. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, także w poradni specjalistycznej, lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadku stwierdzenia wskazań do hospitalizacji, wystawia skierowanie do leczenia szpitalnego.

Źródło:

Dział Kontraktowania Świadczeń w AOS i OPD - 32 735 16 72, 32 735 17 22, 32 735 16 75, 32 735 17 81, 32 735 17 24

5. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

6. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada informację, o której mowa w ust. 5.

7. W przypadku, gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza, o którym mowa w art. 57 ust. 2 pkt 1–6 ustawy.

8. W przypadku zakwalifikowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje.

9. Osoby uprawnione na mocy art. 34 lub 40 ustawy nie mogą wystawiać świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych zleceń na środki pomocnicze i wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi oraz ordynować leków.

10. Świadczeniodawca wydaje świadczeniobiorcy po zakończeniu leczenia szpitalnego, a także w przypadku udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, stosownie do zaistniałej sytuacji, niezależnie od karty informacyjnej, następujące dokumenty:

- 1) skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej;
- 2) recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej;
- 3) zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

Komunikat nr 140/2014 dla świadczeniodawców w sprawie zasad prawidłowego wystawiania skierowań lekarskich **przestaje obowiązywać.**