Informacje szczegółowe

w sprawie warunków przyjęcia i zasad funkcjonowania Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w SP WZOZ MSW w Bydgoszczy,

ul. Markwarta dla pacjentów oraz ich opiekunów

1. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą. Realizuje świadczenia zdrowotne na podstawie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ustawy o działalności leczniczej oraz umowy zawartej z Kujawsko- Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia

2. Świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Koszty wyżywienia i zakwaterowania ponosi pacjent zgodnie z art. 18.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr.164.poz 1027 z póź . zm).

3. Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane są świadczeniobiorcy który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 pkt. lub mniej (Dz. U. Nr 140 z dnia 30 sierpnia 2009r poz. 1147 z póź. zm.)

4. Do Zakładu nie przyjmuje się pacjentów, u których podstawowym wskazaniem do objęcia

go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

5. Wymagane dokumenty niezbędne do przyjęcia do Zakładu:

a) Skierowanie do ZOL -wystawione wyłącznie przez lekarza ubezpieczenia

zdrowotnego – załącznik nr4

b) Wniosek o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego – załącznik nr 2

podpisany przez osobę kierowaną do Zakładu.

W przypadku chorych nie mogących wyrazić świadomie zgody na umieszczenie w ZOL konieczne jest dostarczenie:

- postanowienie Sądu o ubezwłasnowolnieniu,

- postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,

- w przypadku pacjenta nie mogącego świadomie wyrazić zgody przy przyjęciu do ZOL, konieczne jest złożenie przez jego rodzinę wniosku do Sądu o ubezwłasnowolnienie, w związku z czym konieczne jest wskazanie osoby, która te obowiązki przejmie. Zgodnie z art. 79 KC "Osoba nie mogąca pisać, lecz mogąca czytać, może złożyć oświadczenie woli w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wpisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis, bądź... (poświadczenie w obecności notariusz, wójta, burmistrza, prezydenta miasta)... ."

c) Zaświadczenie lekarskie – załącznik nr 3

Jeśli lekarz w zaświadczeniu lekarskim zaznaczy współistnienie choroby

psychicznej wymagane jest dodatkowo zaświadczenie od lekarza

psychiatry (wyłącznie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego), o aktualnym

stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do przebywania w ZOL o profilu ogólnym.

d) Wywiad pielęgniarski – załącznik nr 3

e) Karta oceny świadczeniobiorcy wg skali opartej na skali Barthel. –

załącznik nr 5. Do przyjęcia do ZOL kwalifikowani są pacjenci posiadający

od 0 do 40 pkt

f) Dokumenty stwierdzające wysokość dochodu (np. kserokopia aktualnej decyzji

ZUS/KRUS, decyzja o zasiłku stałym, zaświadczenie o dochodach z zakładu pracy)

g) Kserokopie posiadanej dokumentacji: medycznej w tym karty leczenia szpitalnego,

ubezpieczenia zdrowotnego, dowodu osobistego.

h) W przypadku pacjentów wentylowanych mechanicznie - załącznik nr 7

i) Karta do leczenia żywieniowego - załącznik nr 8

j) ksero dowodu osobistego i legitymacji rencisty/emer.

6. Decyzję o przyjęciu do Zakładu wydaje Dyrektor ZOL na wniosek Kierownika Zakładu kwalifikującego do pobytu w Zakładzie.

O decyzji osoba ubiegająca się o przyjęcie do ZOL zostanie poinformowana pisemnie.

7. Osoba zakwalifikowana powinna być przyjęta do ZOL w terminie 12 miesięcy od dnia przyjęcia skierowania do Zakładu.

8. Termin przyjęcia ustalany jest telefonicznie, indywidualnie z pacjentem lub z jego rodziną.

9. Niezbędnymi dokumentami wymaganymi w dniu przyjęcia pacjenta do Zakładu są:

- aktualny dowód osobisty,

- aktualny dokument potwierdzający ubezpieczenie /Legitymacja Emeryta/Rencisty

lub decyzja o przyznaniu zasiłku,

- aktualne badania tj. Rtg klatki piersiowej (PA+bok- badanie z ostatnich 12 m-cy),

morfologia krwi, badania biochemiczne: CRP, kreatynina,ALAT,

badanie ogólne moczu, sód, potas, -z ostatnich 3 m-cy

- aktualny wynik INR (u osób przyjmujących doustnie leki przeciwkrzepliwe

(Warfin, Acenokumarol,Sintrom), EKG.

10. W ciągu trzech dni roboczych od dnia przyjęcia pacjenta, należy dokonać, w kasie Zakładu, pierwszej wpłaty za jego pobyt. Następne płatności muszą być dokonywane z góry tj. najpóźniej do trzech dni od otrzymania świadczenia emerytalnego lub rentowego.

11. W dniu przyjęcia lekarz i pielęgniarka Zakładu oceniają pacjenta wg skali opartej na skali Barthel. Pacjent który został oceniony powyżej 40 punktów wg w/w skali nie zostanie przyjęty do Zakładu. NFZ finansuje pobyty pacjentów ocenionych wyłącznie do 40 punktów wg w/w. skali. Pacjent, który został oceniony powyżej 40 punktów wg skali opartej na skali Barthel zostanie wypisany z Zakładu. Ocena w skali opartej na skali Bartel przeprowadzana jest co miesiąc.

12. Zgodnie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654) Zakład wypisuje pacjenta, którego stan zdrowia – zgodnie z aktualną wiedzą medyczną – uległ poprawie w tak istotnym stopniu, iż nie wymaga on dalszych, całodobowych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie.

13. Zgoda pacjenta na pobyt jest warunkiem przebywania w Zakładzie. Pacjent nie może przebywać w Zakładzie wbrew własnej woli.

14. Pacjent lub jego opiekun prawny mają obowiązek zapoznać się z Regulaminem Zakładu, który znajduje się w Dyżurce pielęgniarek oraz Zarządzeniami Dyrektora Zakładu dostępnymi na oddziałowej tablicy ogłoszeń.

15. Pacjent oraz jego opiekunowie zobowiązani są do przestrzegania Regulaminu Organizacyjnego Zakładu, a w szczególności:

a) zachowywać się kulturalnie w stosunku do personelu i innych chorych;

b) zachować trzeźwość i nie spożywać alkoholu;

c) nie palenia tytoniu (na terenie całego Zakładu jest bezwzględny zakaz palenia).

16. Zakład gwarantuje przestrzeganie Praw Pacjenta, których wykaz jest wywieszony na tablicy ogłoszeń każdego z oddziałów Zakładu.

17. Zgodnie z wymogami NFZ pacjent ma prawo do korzystania z przepustek w wymiarze do 10% czasu pobytu w Zakładzie w ciągu roku (tj. 3 dni w ciągu miesiąca). Przepustki udzielane są na całą dobę na podstawie pisemnej prośby pacjenta lub jego opiekuna podpisana przez Kierownika Zakładu.

18. Zakład zapewnia podstawowy pakiet świadczeń (umowa z NFZ):

a) świadczenia lekarskie;

b) świadczenia pielęgniarskie;

c) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie na zlecenie lekarza w dni powszednie,

w/g harmonogramu;

d) świadczenia psychologa w dni powszednie, w/g harmonogramu:

e) ćwiczenia logopedyczne na zlecenie lekarza w dni powszednie,w/g harmonogramu;

f) terapię zajęciową w dni powszednie, w/g harmonogramu;

g) leczenie farmakologiczne w/g obowiązującego w Zakładzie receptariusza;

h) leczenie dietetyczne - w Zakładzie jest pięć podstawowych diet, z możliwością ich

modyfikacji; żywienie dietą przemysłową:

i) zaopatrzenie w środki pomocnicze: cewniki, worki na mocz, pieluchomajtki w rozmiarach standardowych,

materace przeciwodleżynowe i rurk tracheostomijne oraz przedmioty ortopedyczne: kule,

laski, balkoniki, podpórki, wózki inwalidzkie;

j) badania diagnostyczne wykonywane wyłącznie na zlecenie lekarza Zakładu

w wyznaczone dni oraz badania pilne codziennie;

k) konsultacje specjalistyczne w SP WZOZ MSW w Bydgoszczy lub innych placówkach

ochrony zdrowia ( jeśli SP WZOZ MSW nie zatrudnia danego specjalisty, a konsultacja

jest niezbędna), wyłącznie na zlecenie lekarza Zakładu, na zasadach ogólnie przyjętych

dla wszystkich ubezpieczonych przez NFZ, po umówieniu terminu i miejsca

realizacji przez pielęgniarkę koordynującą Zakładu;

l) transport sanitarny na konsultację do innego świadczeniodawcy

m) edukacje zdrowotną polegającą na przygotowaniu pacjenta do samoopieki

w warunkach domowych.

19. Zakład zapewnia dla pacjentów wyłącznie w sytuacji nagłej, bólowej oraz uszkodzenia protezy wizyty u stomatologa , na pozostałe wizyty tj. ciągłość leczenia, czy tez inne wizyty protetyczne powinny być zabezpieczone przez rodzinę lub opiekunów faktycznych.

20. Informacje dotyczące całego procesu leczniczego udzielane są wyłącznie przez lekarza Zakładu/oddziału osobie uprawnionej.

21. Informacje dotyczące całego procesu pielęgnacyjnego udzielane są wyłącznie przez pielęgniarkę Zakładu/oddziału osobie uprawnionej.

22. Wszelkie uwagi i wnioski dotyczące pobytu pacjenta w oddziale powinny być zgłaszane do pielęgniarki oddziałowej Zakładu.

23. Zakład nie wykonuje czyszczenia i prania okryć wierzchnich (garnitury, garsonki, spodnie spódnice, płaszcze, kurtki, kożuchy, futra itp.). Pierzemy wyłącznie bieliznę osobistą - koszule nocne i piżamy.

24. Zakład nie bierze odpowiedzialności za zagubione lub zniszczone przez pacjenta rzeczy osobiste, ubrania, aparaty słuchowe, protezy zębowe, a także za środki finansowe pozostające poza depozytem Zakładu.

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI I STOSOWANIA

…………………………….…………………..….

Podpis pacjenta

……………………………………………………. Bydgoszcz, dnia …………………………………….

Podpis opiekuna

Na podstawie Umowy zawartej z NFZ, dokumentów wewnętrznych Zakładu oraz obowiązujących aktów prawnych.