



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE

ZAWIERANIA UMÓW

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UBEZPIECZONYM

W

NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

W 2004 ROKU

w rodzaju świadczeń zdrowotnych

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska

NOCNA I ŚWIĄTECZNA WYJAZDOWA OPIEKA LEKARSKA

Narodowy Fundusz Zdrowia określa warunki oraz zasady realizacji świadczeń, jakie powinny być spełnione przez podmioty zainteresowane zawieraniem umów o udzielanie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej.

NOCNA I ŚWIĄTECZNA WYJAZDOWA OPIEKA LEKARSKA

Przedmiotem postępowania są świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza w domu ubezpieczonego w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia od poniedziałku do piątku w godz. od 18,00 do 8,00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy (święta) od godz. 8,00 do 8,00 dnia następnego.

Zakres świadczeń zdrowotnych w nocnej i świątecznej wyjazdowej opiece obejmuje świadczenia zdrowotne lekarskie o charakterze wizyt w domu chorego z wyłączeniem stanów nagłych i stanów bezpośredniego zagrożenia życia a w szczególności w sytuacjach: utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, urazów wypadkowych powstałych w nagłych sytuacjach, nagłej duszności, porażenia prądem elektrycznym, porodu, dolegliwości związanych z ciążą, nagłych zachorowań w miejscu publicznym.

Świadczenia udzielane w zakresie nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej mogą być realizowane przez świadczeniodawcę w rozumieniu ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DZ. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.)

Wymagane kwalifikacje lekarzy udzielających świadczeń w tym zakresie:

1. Lekarz specjalista medycyny rodzinnej,
2. Lekarz specjalista medycyny ogólnej,
3. Lekarz posiadający specjalizację I i II^o w zakresie chorób wewnętrznych,
4. Lekarz posiadający specjalizację I i II^o w zakresie chorób dziecięcych,
5. Lekarze innych specjalności lub bez specjalizacji posiadający prawo wykonywania zawodu.

Świadczenia w nocnej i świątecznej wyjazdowej opiece lekarskiej są bezpłatne i udzielane bez skierowania.

W ramach nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej lekarz jest zobowiązany do:

1. zapewnienia choremu niezbędnej pomocy medycznej,
2. zapewnienia pacjentom wszelkich informacji o stanie zdrowia, zagrożeniach, oraz ryzyku wystąpienia powikłań,
3. zapewnienia choremu ciągłości leczenia, w przypadkach wymagających dalszego postępowania, poprzez wskazanie ośrodków i miejsc, w których proces przywracania zdrowia może być kontynuowany,
4. wydawanie zaświadczeń o niezdolności do pracy,
5. stwierdzenia zgonu i wydawaniu zaświadczenia o zgonie.

W przypadku stwierdzenia podczas wizyty domowej konieczności wezwania zespołu Ratownictwa Medycznego lub kwalifikacji pacjenta do transportu sanitarnego wymagającego obecności lekarza, lekarz pozostaje w miejscu udzielania świadczenia do czasu przyjazdu zespołu. W tej sytuacji interwencja zespołu rozliczana jest w ramach odrębnej umowy zawartej przez Oddział NFZ ze świadczeniodawcą realizującym świadczenia w tym zakresie.

Niedopuszczalne jest obciążenie pacjenta lub jego bliskich koniecznością uiszczenia opłat.

Świadczeniodawca prowadzi dokumentację udzielania świadczeń. Dokumentacja ta musi zawierać niżej wymienione informacje:

1. dane personalne pacjenta: imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, numer dowodu ubezpieczenia,
2. godzinę zarejestrowania zgłoszenia i godzinę przyjazdu lekarza,
3. adnotacje dotyczące wywiadu chorobowego, badania fizykalnego, rozpoznania klinicznego oraz wykonanych procedur medycznych (ICD-10),
4. informacja o wezwaniu zespołu Ratownictwa Medycznego lub kwalifikacji do transportu sanitarnego.

Wyposażenie nesesera lekarskiego:

1. Zestaw przeciwwstrząsowy,
2. Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
3. Stetoskop.

Lekarz udzielający porad w systemie nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej powinien posiadać telefon komórkowy lub inną możliwość bezpośredniego kontaktowania się z pacjentami i punktem odbierania zgłoszeń.

Finansowanie świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej oparte jest o kapitacyjną stawkę roczną na jednego ubezpieczonego.

Podmiot ubiegający się o nocną i świąteczną wyjazdową opiekę lekarską, w przypadku gdy obejmuje tą opieką również ubezpieczonych zadeklarowanych do innych świadczeniodawców, powinien wraz z ofertą złożyć oświadczenia od świadczeniodawców poz , którzy wyrażają zgodę na objęcie zadeklarowanych do nich ubezpieczonych, tym świadczeniem.

Podstawą finansowania nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej są listy ubezpieczonych świadczeniodawcy lub tych świadczeniodawców, którzy złożyli wyżej opisane oświadczenie.

Listy zadeklarowanych ubezpieczonych podlegają comiesięcznej weryfikacji.

**WYKAZ I KWALIFIKACJE LEKARZY UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ W NOCNEJ I ŚWIATECZNEJ AMBULATORYJNEJ
OPIECE LEKARSKIEJ**

Nazwa Świadczeniodawcy.....

Adres.....

Tel/fax..... **e-mail**.....

PORADNIA

Lp.	Nr prawa wykonywania zawodu lekarza	Kwalifikacje lekarzy	Staż pracy	Wymiar zatrudnienia (etat przeliczeniowy)

.....dnia.....2004 r

.....
Dyrektor-Kierownik Zakładu
Pieczęć

HARMONOGRAM PRACY PRAKTYKI

ZAŁĄCZNIK Nr 2 NFZ-POZ-AMB/WYJ

Nazwa Świadczeniodawcy

Adres

Adres lokalu (lokali), w którym udzielane są świadczenia zdrowotne oraz tygodniowy harmonogram praktyki Świadczeniodawcy wraz z opieką całodobową.

Dzień tygodnia	Godziny pracy	Wizyty domowe
poniedziałek	od do.....	od do.....
wtorek	od do.....	od do.....
środa	od do.....	od do.....
czwartek	od do.....	od do.....
piątek	od do.....	od do.....
sobota	od do.....	od do.....
niedziela	od do.....	od do.....

ADRES (siedziby) PUNKTU OPIEKI AMBULATORYJNEJ

.....tel.....
tel.....

ADRES (siedziby) OPIEKI WYJAZDOWEJ

.....tel.....
tel.....

....., dnia.....2004 r

.....

Kierownik - Dyrektor Zakładu
 Pieczęć

**WYKAZ I KWALIFIKACJE LEKARZY UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ W NOCNEJ I ŚWIATECZNEJ AMBULATORYJNEJ
OPIECE LEKARSKIEJ**

Nazwa Świadczeniodawcy.....

Adres.....

Tel/fax..... e-mail.....

PORADNIA

Lp.	Nr prawa wykonywania zawodu lekarza	Kwalifikacje lekarzy	Staż pracy	Wymiar zatrudnienia (etat przeliczeniowy)

.....dnia.....2004 r

.....
Dyrektor-Kierownik Zakładu
Pieczęć

HARMONOGRAM PRACY PRAKTYKI

ZAŁĄCZNIK Nr 2 NFZ-POZ-AMB/WYJ

Nazwa Świadczeniodawcy

Adres

Adres lokalu (lokali), w którym udzielane są świadczenia zdrowotne oraz tygodniowy harmonogram praktyki Świadczeniodawcy wraz z opieką całodobową.

Dzień tygodnia	Godziny pracy	Wizyty domowe
poniedziałek	od do.....	od do.....
wtorek	od do.....	od do.....
środa	od do.....	od do.....
czwartek	od do.....	od do.....
piątek	od do.....	od do.....
sobota	od do.....	od do.....
niedziela	od do.....	od do.....

ADRES (siedziby) PUNKTU OPIEKI AMBULATORYJNEJ

.....tel.....
tel.....

ADRES (siedziby) OPIEKI WYJAZDOWEJ

.....tel.....
tel.....

....., dnia.....2004 r

.....

Kierownik - Dyrektor Zakładu
 Pieczęć

.....
data

.....
Nazwa świadczeniodawcy składającego oświadczenie

.....
Adres

.....
Numer umowy podpisanej z OW NFZ na poz.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na objęcie opieką w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej / nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej / transportu sanitarnego*

przez

świadczeniodawcę.....
.....

w okresie od do

zadeklarowanych ubezpieczonych zgodnie z wykazywaną listą, która stanowi załącznik do rachunku składanego zgodnie z umową na świadczenia realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej.

.....
podpis świadczeniodawcy składającego oświadczenie

.....
podpis świadczeniodawcy przyjmującego zlecenie

*niepotrzebne skreślić

