

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

REJESTRACJA czynna poniedziałek - piątek w godz.7:00 – 18:00

Główne wejście do budynku Szpitala, ul.Prądnicka 37

Rejestracja do poradni specjalistycznej możliwa jest na podstawie:

- zgłoszenia osobistego,
- telefonicznego **tel.12 257-82-62, 12 257-83-63 w godz. 11:00 – 16:00**
- za pośrednictwem osób trzecich.

Podstawą zarejestrowania pacjenta do poradni specjalistycznej po raz pierwszy jest skierowanie wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalistę posiadającego kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Kolejne porady udzielane pacjentowi z przyczyny wskazanej w skierowaniu, zarówno w danym roku kalendarzowym jak i w dalszym okresie nie wymagają kolejnego skierowania, chyba że przerwa między ostatnią a kolejną wizytą w tej samej poradni przekroczyła 730 dni (2 lata).

W PRZYPADKU BRAKU ORYGINAŁU SKIEROWANIA W MOMENCIE REJESTRACJI, NFZ NAŁOŻYŁ NA PACJENTA OBOWIĄZEK DOSTARCZENIA SKIEROWANIA DO REJESTRACJI DO 14 DNI POD RYGOREM USUNIĘCIA PACJENTA Z KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH!

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, kierując pacjenta do leczenia specjalistycznego, ma obowiązek wykonać badania niezbędne w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego, izby przyjęć lub szpitalnego oddziału ratunkowego nie jest skierowaniem do poradni specjalistycznej.

Kiedy skierowanie nie jest potrzebne?

Skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nie jest potrzebne do:

- ginekologa i położnika,
- dentystry,
- wenerologa,
- onkologa,
- psychiatry,
- poradni dla osób chorych na gruźlicę,
- poradni dla osób zakażonych wirusem HIV,
- poradni dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji - psychotropowych- w zakresie leczenia odwykowego.

Kto i kiedy nie potrzebuje skierowania?

- gdy pacjent jest inwalidą wojennym i wojskowym, osobą represjonowaną, kombatantem lub cywilną niewidomą ofiarą działań wojennych;
- gdy pacjent jest uprawnionym żołnierzem lub pracownikiem, w zakresie urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami kraju.

Zasady wystawiania skierowań i korzystania z opieki specjalisty

Skierowanie do specjalisty wystawia lekarz POZ/lekarz rodzinny lub lekarz specjalista z poradni specjalistycznej lub szpitala, który ma kontrakt z NFZ.

Porada specjalistyczna to wydanie przez specjalistę opinii o stanie zdrowia pacjenta oraz wskazanie dalszego toku leczenia na podstawie wykonanych badań diagnostycznych. Podczas pierwszej wizyty specjalista decyduje o tym, czy wystarczy jednorazowa konsultacja, czy też konieczne jest objęcie leczeniem stałym. Jeśli wystarczy jednorazowa konsultacja, specjalista odsyła pacjenta z powrotem do lekarza POZ, który będzie kontynuował leczenie.

Jeżeli jednak w trakcie pierwszej porady okaże się, że trzeba kontynuować leczenie u specjalisty, nie ma potrzeby uzyskania ponownego skierowania od lekarza POZ. Od tej pory specjalista wyznacza terminy kolejnych wizyt kontrolnych, decyduje o niezbędnych badaniach, lekach i zabiegach.

Od momentu, gdy lekarz specjalista przejmuje leczenie, to on kieruje na potrzebne badania diagnostyczne, które są niezbędne w przebiegu dalszego leczenia. Lekarz specjalista nie odsyła pacjenta w celu wykonania badań do lekarza POZ/rodzinnego.

Lekarz specjalista może skierować pacjenta do innego specjalisty, nie ma wtedy konieczności kierowania pacjenta do POZ celem uzyskania skierowania lub wykonania badań. Kierujący lekarz specjalista wykonuje wszystkie niezbędne badania w celu potwierdzenia rozpoznania. W wypadku, gdy ubezpieczony objęty jest leczeniem specjalistycznym i wymaga wykonania badań kontrolnych, skierowanie na te badania wydaje lekarz specjalista. Badania należy wykonywać w placówkach wskazanych przez lekarza kierującego.

Pacjent przyjęty do stałego leczenia w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych ma wykonane wszystkie zlecone badania bezpłatnie.

Każdy lekarz specjalista obowiązany jest do pisemnego poinformowania lekarza kierującego pacjenta o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach i ich stosowaniu oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Otrzymane od lekarza specjalisty zaświadczenie pacjent powinien przekazać lekarzowi kierującemu lub POZ, do którego jest zadeklarowany.

Lekarz specjalista może skierować na leczenie szpitalne, gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych. Pacjentowi przysługuje prawo wyboru szpitala posiadającego kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na terenie całego kraju.

Świadczeniodawca zobowiązany jest do wyznaczenia terminu przyjęcia oraz do prowadzenia listy pacjentów pierwszorazowych oczekujących na udzielenie świadczenia.

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza wszelką kolejnością uprawnieni są:

- 1. Inwalidzi Wojenni i Wojskowi,**
- 2. Kombatanci i osoby represjonowane,**
- 3. Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi,**
- 4. Zasłużeni Honorowi Dawcy Przeszczepu.**

Osoby korzystające z w/w uprawnień zobowiązane są do przedstawienia w czasie rejestracji aktualnego dokumentu potwierdzającego posiadanie uprawnień.

Zasady ubezpieczenia zdrowotnego

Informacje dotyczące zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego

- Od 1 stycznia 2013 roku podmioty wykonujące działalność leczniczą potwierdzają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej za pomocą systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (**eWUŚ**). W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w systemie eWUŚ, świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu potwierdzającego tożsamość może przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

Dokumenty potwierdzające uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej

Do czasu wydania ubezpieczonemu Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne jest:

1. dla osoby zatrudnionej na umowę o pracę:

- raport miesięczny ZUS RMUA wydany przez pracodawcę + ZUS ZUA lub ZUS ZZA,
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- legitymacja ubezpieczeniowa z aktualną datą i pieczęcią pracodawcy;

2. dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:

- aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne + ZUS ZUA (ZUS ZZA);

3. dla osoby ubezpieczonej w KRUS:

- zaświadczenie lub legitymacja wydana i aktualnie potwierdzona przez KRUS;

4. dla emerytów i rencistów:

- legitymacja emeryta-rencisty,
- aktualne zaświadczenie z ZUS/ KRUS/WBE/ZER;

5. dla osoby zarejestrowanej jako bezrobotna:

- aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy;

6. dla osoby dobrowolnie ubezpieczonej:

- umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej + potwierdzenie zgłoszenia w ZUS (ZUS ZZA);

7. dla osoby posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy wydana na określony okres;

8. dla osób pobierających zasiłek chorobowy, wypadkowy, rehabilitacyjny, macierzyński:

- jest zaświadczenie o wypłacaniu zasiłku lub dokument potwierdzający wypłatę świadczenia pieniężnego.

Uwaga! Prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje w okresie pobierania zasiłku:

9. dla osób przebywających na ciągłym zwolnieniu lekarskim:

- jest zaświadczenie z ZUS/KRUS informujące o ciągłości zwolnienia.

10. dla osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty:

- jest zaświadczenie z ZUS/KRUS potwierdzające ubieganie się o przyznanie emerytury lub renty.

11. dla członka rodziny ubezpieczonego:

- dowód opłacenia składki przez głównego płatnika oraz zgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny, np. druki: ZUS RMUA + ZUS ZCNA (ZCZA);
- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę;
- zaświadczenie wydane przez ZUS o zgłoszeniu członków rodziny

Dodatkowo dla uczniów i studentów (pomiędzy 18 a 26 r. ż.) niezbędna jest legitymacja szkolna lub studencka.

12. dla osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji:

- poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP),
- certyfikat,
- karta EKUZ.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje po:

1. w przypadku zatrudnionych:

- 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;

2. w przypadku osób zatrudnionych, korzystających z urlopu bezpłatnego:

- po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu;

3. w przypadku osób bezrobotnych:

- 30 dni od dnia wyrejestrowania z urzędu pracy.

4. w przypadku osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty:

- prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń;

5. w przypadku osoby pobierającej zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym:

- prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku;
6. **w przypadku osoby, która ukończyła szkołę ponadgimnazjalną:**
- prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów;
7. **w przypadku osoby, która ukończyła szkołę wyższą:**
- prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 4 miesiące od dnia zakończenia nauki lub skreślenia z listy studentów;
8. **w przypadku osoby, której zawieszono prawa do renty socjalnej:**
- 90 dni od ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

Istotne informacje

eWUŚ nie potwierdza prawa do świadczeń – gdzie to wyjaśnić?

W takiej sytuacji należy sprawdzić nasze i zgłoszonych przez nas osób, (np. dziecka, małżonka, wnuka) prawo do bezpłatnego leczenia u płatnika składek:

- pracownik – **u pracodawcy**
- zleceniobiorca (osoba zatrudniona na umowę-zlecenie) – **u zleceniodawcy**
- emeryt i rencista – **w ZUS, KRUS, WBE/ZER**
- osoba, która pobiera zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne – **w ZUS**
- osoba pobierająca zasiłek stały z pomocy społecznej – **w ośrodku pomocy społecznej**
- osoby z wydaną decyzją na mocy art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – **u wójta, burmistrza lub prezydenta miasta**
- przedsiębiorca – **w ZUS**
- rolnik wraz z domownikami – **w KRUS**
- osoby bezrobotne – **w Urzędzie Pracy**
- osoby ubezpieczające się dobrowolnie - **w NFZ**

Aktualizacja skierowania do leczenia specjalistycznego jest konieczna w sytuacji, gdy pacjent nie podejmował leczenia w ciągu ostatnich 730 dni.

Nowe skierowanie konieczne jest również wówczas, gdy przyczyna jego wystawienia jest inna niż w wskazana we wcześniejszym skierowaniu. Aktualizacja skierowania do leczenia w ramach poradni rehabilitacyjnej wymagana jest po upływie 12 miesięcy.

Pacjent, gdy nie może stawić się na wizytę w umówionym terminie, powinien poinformować o tym świadczeniodawcę, biorąc pod uwagę dobro innych oczekujących na świadczenie pacjentów.