

I. ZASADY REJESTRACJI DO PORADNI

Rejestracja czynna codziennie (oprócz sobót, niedziel świąt)
w godz. **8 00 - 15 00**

Rejestracja telefoniczna pacjentów do poradni specjalistycznych odbywa się :

012-64 68 379 od 8 00 - 13 30

012-64 68 947 od 8 00 - 13 30

012-64 68 609 od 10 00 - 14 00

1. Rejestracja pacjenta odbywa się na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej. W przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta w dniu rejestracji – wyznacza się termin i przybliżoną godzinę realizacji świadczenia opieki zdrowotnej oraz umieszcza się go na liście osób oczekujących na udzielenie świadczenia.
2. Przed uzyskaniem świadczenia opieki zdrowotnej (podczas rejestracji) pacjent jest zobowiązany do przedłożenia dokumentu poświadczającego jego uprawnienia do uzyskania bezpłatnych świadczeń.
 - a. aktualne skierowanie od lekarza POZ do tych poradni gdzie jest wymagane
 - b. dokument osobisty pacjenta zawierający nr pesel i adres zamieszkania
 - c. ważny dokument ubezpieczenia pacjenta
3. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowania na dodatkowe konsultacje, albo leczenie skojarzone do innych Poradni Specjalistycznych Szpitala lub skierowania do leczenia stacjonarnego w Szpitalu.
4. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w Poradni Specjalistycznej.
5. Lekarz specjalista w sytuacji określonej w ust. 2 informuje lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem /lekarza rodzinnego/ o przebiegu leczenia oraz o objęciu pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.

II .ODSTĄPIENIE OD LECZENIA I ODMOWA PRZYJĘCIA

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta o ile nie zachodzi przypadek gdy zwłoka w udzieleniu pomocy może spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia pacjenta oraz w innych przypadkach nagłych – po uzyskaniu zgody swojego przełożonego.
2. W przypadku podjęcia przez lekarza decyzji o odmowie przyjęcia lub odstąpieniu od leczenia, ma on obowiązek:
 - 1) uprzedzić o tym fakcie pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego) z odpowiednim wyprzedzeniem;
 - 2) uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta.
3. Przełożony lekarza akceptując decyzję lekarza, o której mowa w pkt 2 ma obowiązek wskazać pacjentowi innego lekarza lub zakład opieki zdrowotnej, w którym pacjent ma realne możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza.
4. Skierowanie do przełożonego wniosku o wydanie zgody na odmowę przyjęcia lub odstąpienie od leczenia pacjenta bez przeprowadzenia przynajmniej podstawowych badań laboratoryjnych lub innych odpowiednich do rodzaju dolegliwości pacjenta, może nastąpić dopiero po skonsultowaniu diagnozy, że odmowa przyjęcia lub odstąpienie od leczenia nie spowoduje niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, z innym lekarzem o wyższej specjalności jak specjalność lekarza, który podjął decyzję o odmowie przyjęcia lub odstąpieniu od leczenia.

III .DO SZCZEGÓŁOWYCH ZADAŃ ZESPOŁU PRZYSZPITALNYCH PORADNI SPECJALISTYCZNYCH NALEŻY:

- 1) przeprowadzanie konsultacji lekarskich, prowadzenie diagnostyki oraz leczenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, pacjentów Poradni Specjalistycznych,
- 2) wykonywanie drobnych zabiegów,
- 3) zapewnienie pacjentom kompleksowej specjalistycznej opieki ambulatoryjnej poprzez udzielenie porad kompleksowych, specjalistycznych i recepturowych,
- 4) systematyczne wprowadzanie standardów postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz podnoszenie jakości opieki medycznej.

IV. PODSTAWĄ DO UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH JEST PRZEDSTAWIENIE PRZEZ PACJENTA WAŻNEGO DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO UPRAWNIENIA PACJENTA DO KORZYSTANIA Z TAKICH ŚWIADCZEŃ.

1. Informacja o rodzaju wymaganych dokumentów potwierdzających prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych zamieszczona jest w widocznym miejscu przy Rejestracjach oraz dostępna jest na stronie internetowej Szpitala.
2. Osoba, która nie przedstawiła takiego dokumentu w sposób określony we właściwych przepisach, jest traktowana jak osoba nie posiadająca uprawnień do udzielenia jej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Brak dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia lub porodu.
4. Bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego udziela się świadczeń zdrowotnych związanych z ciążą, porodem i porodem lub osobom, które nie ukończyły 18 roku życia.
5. Udzielenie świadczenia zdrowotnego osobie nietrzeźwej, w każdym przypadku, gdy wyłącznym powodem udzielenia świadczenia zdrowotnego był stan nietrzeźwości, następuje za odpłatnością.

V. ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. W Szpitalu świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są w trybie odpowiadającym potrzebom zdrowotnym pacjentów, wedle określonego porządku oraz w ramach procedury zapewniającej pacjentom sprawiedliwy, równy, niedyskryminujący i przejrzysty dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych (określonej przez Dyrektora Naczelnego odrębnym zarządzeniem w sprawie trybu i zasad prowadzenia list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej).
2. Potrzeby zdrowotne pacjentów kwalifikuje się jako:
 - 1) przypadek nagły, kiedy stwierdza się u pacjenta stan polegający na nagłym, lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.
 - 2) przypadek pilny, który stwierdza się u pacjenta jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia.
 - 3) przypadek stabilny, który stwierdza się u pacjenta w przypadku innym niż przypadek nagły i przypadek pilny.

VI. Kolejność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej ustalana jest na podstawie opartych na aktualnej wiedzy medycznej kryteriów medycznych, przy czym świadczenia udzielane są pacjentom:

1. Kolejność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej ustalana jest na podstawie opartych na aktualnej wiedzy medycznej kryteriów medycznych, przy czym świadczenia udzielane są pacjentom:

a) w przypadku nagłym - niezwłocznie przez Oddział Ratunkowy (SOR) oraz, w razie potrzeby, przez inne medyczne komórki organizacyjne Szpitala przy czym w razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie Szpitala lub w związku z wystąpieniem okoliczności niezawinionych przez Szpital, w przypadku stanu nagłego, zapewnia się udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę

b) w przypadku pilnym i stabilnym – według kolejności zgłoszenia pacjenta, w dniach i godzinach ich udzielania przez Szpital określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podpisanej przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia.

SZCZEGÓLNE UPRAWNIENIA OSÓB REPRESJONOWANYCH, KOMBATANTÓW, INWALIDÓW WOJENNYCH I WOJSKOWYCH ORAZ CYWILNYCH NIEWIDOMYCH OFIAR DZIAŁAŃ WOJENNYCH

I. KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH POZA KOLEJNOŚCIĄ

Jeśli jesteście Państwo inwalidami wojennymi, wojskowymi, kombatantami lub osobami represjonowanymi mają Państwo prawo do świadczeń poza kolejnością w aptekach oraz placówkach medycznych każdego typu, takich jak:

- szpitale
- poradnie specjalistyczne i gabinety stomatologiczne
- poradnie rehabilitacji i gabinety fizjoterapii
- sanatoria i szpitale uzdrowiskowe
- placówki pielęgnacyjno-opiekuńcze

Z racji należnych Państwu uprawnień placówka medyczna nie może umieścić Państwa na liście kolejkowej lecz powinna zapewnić udzielenie świadczenia w możliwie najkrótszym czasie.

II. KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ BEZ SKIEROWANIA

Jako inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci, osoby represjonowane oraz cywilne niewidome ofiary działań wojennych mają Państwo prawo korzystać z ambulatoryjnych porad i świadczeń specjalistycznych każdego typu - bez skierowania.

III. BEZPŁATNE ZAOPATRZENIE W LEKI

Inwalidom wojennym, osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych i osobach represjonowanych, uprawnionych do renty rodzinnej, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolami "Rp" lub "Rpz"

Inwalidom wojskowym, osobom, które doznały uszczerbku na zdrowiu w związku z działaniami wojennymi oraz cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte ministerialnymi wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu określonego w przepisach.

Receptę na bezpłatne leki może wystawić Państwu uprawniony lekarz - na podstawie dokumentu potwierdzającego Państwa uprawnienia.

IV. BEZPŁATNE I POZA KOLEJNOŚCIĄ ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Jeśli jesteście Państwo inwalidami wojennymi, wojskowymi, cywilnymi niewidomymi ofiarami działań wojennych lub osobami represjonowanymi posiadacie Państwo uprawnienia do otrzymania bezpłatnie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych – na podstawie zlecenia lekarza.

**W RAZIE NIE RESPEKTOWANIA PAŃSTWA UPRAWNIENI MOŻECIE PAŃSTWO ZWRÓCIĆ SIĘ DO
DYREKCJI PLACÓWKI LUB DZIAŁU SKARG I WNIOSKÓW WYDZIAŁU SPRAW ŚWIADCZENIOBIORCÓW
MAŁOPOLSKIEGO ODDZIAŁU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Komunikat dla Świadczeniodawców i Świadczeniobiorców przypominający
o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie
ubezpieczenia zdrowotnego

Na początku października Zakład Ubezpieczeń Społecznych przestał wydawać legitymacje ubezpieczeniowe, które do tej pory były najczęściej wykorzystywanym dowodem potwierdzającym nasze ubezpieczenie zdrowotne. Świadczeniobiorcy, którzy posiadają legitymację ubezpieczeniową mogą nadal z niej korzystać, warto jednak pamiętać, że nie jest to jedyny dowód ubezpieczenia zdrowotnego - informacja ta jest ważna przede wszystkim dla tych, którzy już nie będą mieć legitymacji.

Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina o podstawowych zasadach dotyczących prawa do świadczeń na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego oraz możliwych dowodów potwierdzających ubezpieczenie zdrowotne.

PRAWO DO ŚWIADCZEŃ

Kto może korzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych?

Z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych mogą korzystać wszyscy ubezpieczeni, czyli osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Ubezpieczenie zdrowotne przysługuje z tytułu:

- umowy o pracę
- umowy zlecenia
- prowadzenia działalności gospodarczej
- ubezpieczenia w KRUS
- statusu emeryta lub rencisty
- podpisania dobrowolnej umowy o ubezpieczenie zdrowotnej podpisanej z NFZ

Ponadto z bezpłatnych świadczeń medycznych mogą korzystać także:

- osoby nieubezpieczone (posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) które spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej,
- dzieci i młodzież – do ukończenia 18. roku życia
- kobiety w okresie ciąży i porodu – do 42. dnia po porodzie.
- osoby bezrobotne zarejestrowane w urzędzie pracy
- osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – ubezpieczone w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub (EFTA), przebywające na terenie RP.

Ubezpieczenie członków rodziny

Każda osoba ubezpieczona ma obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, jeśli nie mają oni innego tytułu do ubezpieczenia. Osobami tymi mogą być:

- małżonkowie – mąż, żona (ale nie konkubenci)
- krewni wstępni (rodzice, dziadkowie) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Ubezpieczenie zdrowotne dzieci

Mimo tego, że polskie prawo gwarantuje bezpłatne świadczenia wszystkim dzieciom do ukończenia 18 roku, osoby ubezpieczone, mają obowiązek zgłosić je do ubezpieczenia. Dotyczy to nie tylko dzieci biologicznych, ale również:

- dzieci małżonka,
- dzieci przysposobionych,
- wnuków,
- dzieci przebywających pod Państwa opieką w ramach rodziny zastępczej – do ukończenia przez nie 18. roku życia.

Ubezpieczenie dzieci po ukończeniu 18 roku życia

Jeśli dziecko kontynuuje naukę po ukończeniu 18. lat, może być zgłoszone do ubezpieczenia jako członek rodziny, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26. roku życia. Po tym czasie, o ile nie jest ubezpieczone z żadnego innego tytułu, powinno powiadomić szkołę lub uczelnię, która będzie zobowiązana zgłosić je do ubezpieczenia w NFZ. Dzieci posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności mogą być zgłaszane do ubezpieczenia bez ograniczenia wieku.

Prawo do świadczeń w wyjątkowych sytuacjach

Do świadczeń mają również prawo następujące osoby:

- które były narażone na zakażenie poprzez kontakt z osobami zakażonymi lub materiałem zakaźnym – w zakresie badań w kierunku błonicy, cholery, czerwonki, duru brzuszego, durów rzekomych A, B i C, nagminnego porażenia dziecięcego;
- uzależnione od alkoholu – w zakresie leczenia odwykowego;
- uzależnione od narkotyków;
- z zaburzeniami psychicznymi – w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- pozbawione wolności;
- cudzoziemcy umieszczeni w strzeżonym ośrodku lub przebywający w areszcie w celu wydalenia;
- posiadacze Karty Polaka, w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych, chyba że umowa międzynarodowa, w której RP jest stroną, przewiduje zasady bardziej korzystne.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych takim osobom pokrywane są z budżetu państwa.

DOWÓD UBEZPIECZENIA

Korzystając z bezpłatnych świadczeń osoby z nich korzystające muszą za każdym razem przedstawić dowód potwierdzający prawo do świadczeń.

Osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni),
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczętką pracodawcy- jeśli Państwo posiadają;

Osoby prowadzące działalność gospodarczą

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;

Osoby ubezpieczone w KRUS

- zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowane przez KRUS (dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej);

Emeryci i renciści

- legitymacja emeryta lub rencisty;

Osoby bezrobotne

- aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;

Osoby ubezpieczone dobrowolnie

- umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej;

Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej

- dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią zgłoszenia
- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę,
- zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny,
- legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczętą zakładu pracy lub ZUS- jeśli Państwo posiadają,
- w przypadku dzieci uczących się – pomiędzy 18. a 26. rokiem życia – dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki – legitymację szkolną/studencką lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności,
- w przypadku studentów po ukończeniu 26. roku życia – zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka;

Osoby nieubezpieczone, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej

- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby;

Osoby ubezpieczone w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu

- poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP),
- karta EKUZ (lub certyfikat ją zastępujący) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA.

Osoby przebywającej na ciągłym zwolnieniu lekarskim

- zaświadczenia z ZUS informujące o ciągłości zwolnienia. Takie osoby mają prawo do świadczeń do ostatniego dnia zwolnienia.

BRAK DOWODU UBEZPIECZENIA

Jeżeli w stanie nagłym potrzebują Państwo skorzystać z pomocy lekarza, a nie posiadają Państwo przy sobie aktualnego dowodu ubezpieczenia, możecie taki dokument przedstawić w innym czasie:

- w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia.
- jeśli przebywają Państwo w szpitalu – nie później niż w terminie 30 dni od dnia przyjęcia

Warto pamiętać, że brak dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej w stanie nagłym nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia, a późniejsze niż przewidziane przedstawienie dokumentu nie powinno stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów albo ich zwrotu.

WAŻNOŚĆ DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO PRAWO DO ŚWIADCZEŃ

Obecne przepisy dają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez 30 dni od dnia utraty ubezpieczenia. W związku z tym potwierdzenia dowodów ubezpieczenia należy dokonywać co 2 miesiące - uznając ich ważność na okres obejmujący miesiąc, w którym zostało wystawione potwierdzenie oraz następny jako objęty ewentualnym 30 dniowym uprawnieniem do świadczeń zdrowotnych w przypadku utraty ubezpieczenia.

Wyjątkami od tej zasady są:

- legitymacja emeryta – ważna bezterminowo,
- zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego – do końca terminu ważności,
- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy – ważna 90 dni od dnia określonego w decyzji.

USTANIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje zazwyczaj po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, na przykład:

- w przypadku ustania stosunku pracy (np. z tytułu umowy o pracę) – po upływie 30 dni od dnia rozwiązania umowy o pracę,
- w przypadku zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej – po upływie 30 dni od dnia zakończenia prowadzenia takiej działalności,

- w przypadku osób zatrudnionych, pozostających na urlopie bezpłatnym – po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu,
- w przypadku osób bezrobotnych – po upływie 30 dni od dnia utraty statusu bezrobotnego,
- w przypadku śmierci osoby, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia – członkowie rodziny tracą prawo do świadczeń po upływie 30 dni od daty śmierci.

Wyjątkiem są osoby, które:

- ukończyły szkołę średnią lub wyższą lub zostały skreślone z listy uczniów lub studentów – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje im przez 4 miesiące od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów,
- ubiegają się o przyznanie emerytury lub renty – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje im w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń,
- pobierają zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje im w okresie pobierania przez nie zasiłku,
- mają zawieszona prawa do renty socjalnej – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje im przez 90 dni od ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

Po upływie tego czasu osoba, która chce nadal korzystać ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia w NFZ, powinna uzyskać inne prawo do ubezpieczenia, np. ubezpieczyć się dobrowolnie.