



KOMUNIKAT DOTYCZĄCY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. ZASADY ZAPISÓW NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO:

- 1) Zapisy na udzielenie świadczenia zdrowotnego odbywają się osobiście, telefonicznie, przez osoby trzecie oraz drogą elektroniczną.
- 2) Świadczenia opieki zdrowotnej w Szpitalu i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach pracy rejestracji.
- 3) Pacjenta znajdującego się w stanie nagłym (w przypadku nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, porodu, stanu zagrożenia życia) nie umieszcza się na liście oczekujących - przyjęcie następuje niezwłocznie.
- 4) Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się pacjentów kontynuujących leczenie.
- 5) Szpital ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie kolejności zgłoszeń oraz informuje pacjenta o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi: „przypadek pilny”, „przypadek stabilny” („przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących zawsze przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”), po czym informuje o terminie udzielenia świadczenia.
- 6) Pacjent jest obowiązany dostarczyć skierowanie nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia zapisu – pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.
- 7) W przypadku rezygnacji pacjenta z oczekiwania – oryginał skierowania zwraca się pacjentowi.
- 8) W przypadku zaistnienia nieprzewidzianych okoliczności, które uniemożliwią realizację świadczenia w terminie ustalonym, pacjent jest informowany o zmianie terminu – w każdy dostępny sposób.
- 9) Świadczenia w poradniach specjalistycznych zakontraktowanych przez NFZ w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) udzielane są na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ.



2. SKIEROWANIE NIE JEST WYMAGANE DO:

- 1) ginekologa i położnika;
- 2) dentysty;
- 3) wenerologa;
- 4) onkologa;
- 5) psychiatry.

3. SKIEROWANIA DO SPECJALISTY NIE MUSZĄ OKAZYWAĆ:

- 1) osoby chore na gruźlicę;
- 2) osoby zakażone wirusem HIV;
- 3) inwalidzi wojenni i wojskowi, osoby represjonowane, kombatanci;
- 4) cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
- 5) osoby uzależnione od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie leczenia odwykowego;
- 6) uprawnieni żołnierze lub pracownicy wojska oraz weterani - w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- 7) działacze opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowane z powodów politycznych;
- 8) osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez II Rzeszę i ZSRR;
- 9) osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 10) osoby uzależnione od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego.
- 11) Skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.

4. ZASADY POTWIERDZANIA PRAWA DO ŚWIADCZEŃ:

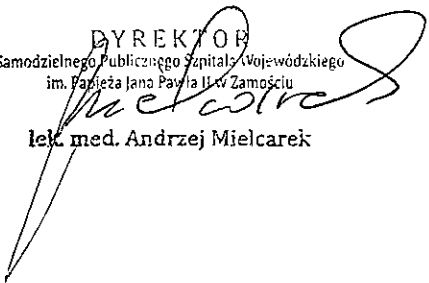
- 1) Aby korzystać ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, należy potwierdzić swoją tożsamość. Można to zrobić, okazując jeden z następujących dokumentów:
 - dowód osobisty, paszport albo prawo jazdy;
 - legitymację szkolną – jeżeli nie pacjent nie ukończył 18 lat.
- 2) Tożsamość dzieci do 6. roku życia może także potwierdzić rodzic lub opiekun – składa ustne lub pisemne oświadczenie.
- 3) Sposoby potwierdzania prawa do świadczeń:
 - Szpital potwierdza je w systemie elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) – na podstawie numeru PESEL;
 - przedstawienie dokumentu, który potwierdza prawo do świadczeń (np. druk z ZUS, KRUS, zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do



- ubezpieczenia zdrowotnego; legitymacja emeryta lub rencisty; decyzja wójta, burmistrza, prezydenta);
- złożenie oświadczenia, jeżeli przysługuje prawo do korzystania z opieki zdrowotnej.
- 4) Jeżeli system eWUŚ zweryfikuje negatywnie, należy przedstawić dokument, który potwierdzi prawo do świadczeń, lub złożyć pisemne oświadczenie o posiadaniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 5) Dokument, który potwierdza prawo do świadczeń, można przedstawić po uzyskaniu świadczenia tylko:
- w stanach nagłych,
 - gdy nie można złożyć oświadczenia ze względu na stan zdrowia.
- 6) Prawo do świadczeń osób nieubezpieczonych potwierdza zaświadczenie lekarskie. Dotyczy to tych pacjentów, którzy – na podstawie odrębnych przepisów – mają prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych ze względu na charakter choroby.

Podstawa prawna:

1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r., Nr 200, poz. 1661).

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

lek. med. Andrzej Mielcarek

Zamość dnia 11 września 2019 r.