

Zarządzenie Nr 40 / 2012
Dyrektora
Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego w Rzeszowie
z dnia 28 maja 2012r.

w sprawie: wprowadzenia trybu i zasad przyjmowania pacjentów w poradniach specjalistycznych Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego w Rzeszowie

Na podstawie art. 2 ust. 2 pkt 1 z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011r. nr 112, poz. 654) w związku z § 4 i § 8 regulaminu organizacyjnego Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego w Rzeszowie (zarządzenie nr 122/ 2010 z dnia 30 grudnia 2010r.).

z a r z ą d z a m , co następuje:

§ 1

Świadczenia opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Zespole Specjalistycznym w Rzeszowie udzielane są według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach funkcjonowania pracy Zespołu, zgodnie z harmonogramem pracy.

§ 2

1. Kolejność udzielania świadczeń ustala się na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy.
2. Zapisy świadczeniobiorców do poradni odbywają się w Punkcie Rejestracji.
3. Rejestracja odbywa się osobiście, telefonicznie, drogą elektroniczną, za pośrednictwem osoby trzeciej.

§ 3

1. Osoba dokonująca rejestracji:

a) informuje świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;

b) wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:

- numer kolejny,
- datę i godzinę wpisu,
- imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
- numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
- rozpoznanie lub powód przyjęcia,
- adres świadczeniobiorcy,
- numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
- termin udzielenia świadczenia.

2. Osoba dokonująca wpisu podpisuje się imieniem i nazwiskiem.
3. Zarejestrowany świadczeniobiorca zostaje ujęty w kolejnej pozycji prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

§ 4

1. Świadczeniobiorcę umieszcza się na liście oczekujących po stwierdzeniu, że posiada on wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju, albo jest uprawniony do uzyskania świadczenia bez skierowania.
2. Jeżeli świadczeniobiorca podczas rejestracji nie jest w stanie okazać skierowania (rejestracja telefoniczna, drogą elektroniczną lub świadczeniobiorca rejestruje się osobiście, lecz nie posiada skierowania), pracownik Punktu Rejestracji poucza go, że do zachowania miejsca w kolejce konieczne jest przedłożenie skierowania w terminie do trzech dni roboczych – wykluczając soboty – od dnia rejestracji.
3. Nieprzedłożenie przez świadczeniobiorcę skierowania w terminie, o jakim mowa w ust. 2 skutkuje utratą przez niego miejsca w kolejce.

§ 5

1. Skierowanie nie jest wymagane do następujących lekarzy specjalistów:
 - » dermatologa,
 - » ginekologa i położnika,
 - » okulisty,
 - » onkologa,
 - » psychiatry,
 - » wenerologa,
 - » dentysty.
2. Skierowanie nie jest również wymagane w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.
3. Skierowania nie muszą także przedstawiać następujące osoby korzystające z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:
 - » inwalidzi wojenni,
 - » osoby represjonowane,
 - » kombatanci,
 - » niewidome cywilne ofiary działań wojennych,
 - » chorzy na gruźlicę,
 - » zakażeni wirusem HIV,
 - » w zakresie badań dawców narządów,
 - » uzależnieni od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,

» uprawnieni (żołnierze lub pracownicy) – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych w czasie wykonywania zadań poza granicami państwa.

§ 6

1. Gdy świadczeniobiorca jest objęty stałym leczeniem specjalistycznym z przyczyny określonej w skierowaniu, termin wizyty kontrolnej powinien zostać ustalony podczas bieżącej wizyty u lekarza, zgodnie z planem leczenia.
2. Realizacja tej wizyty i kolejnych, odbywa się zawsze na podstawie skierowania, które stanowiło podstawę pierwszej porady specjalistycznej. Dotyczy to wszystkich kolejnych porad specjalistycznych udzielonych świadczeniobiorcy z przyczyny wskazanej w skierowaniu, zarówno w danym roku kalendarzowym jak i latach następnych.
3. Świadczeniobiorca, o którym mowa w ust. 1 i 2 może zarejestrować się wyłącznie na jedną kolejną wizytę; nie ma możliwości rejestracji na więcej niż jedną wizytę „naprzód”.
4. Świadczeniobiorca, o którym mowa w ust. 1-3 może zostać przyjęty w dniu zgłoszenia-rejestracji wyłącznie, gdy jest to zgodne z planem leczenia i nie koliduje z harmonogramem przyjęć lekarza w danej poradni.

§ 7

1. Planowany termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oznaczany jest poprzez wskazanie konkretnej daty. Jeżeli jednak czas oczekiwania przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę oczekujących, można wskazać termin z dokładnością do tygodnia. W takim przypadku o dokładnej dacie przyjęcia świadczeniobiorca powinien zostać poinformowany nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia.
2. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Zespół informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Dotyczy to również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.
3. W przypadku nieobecności lekarza, pacjent powinien zostać poinformowany o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie. Informacja taka powinna zostać udostępniona w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.

§ 8

1. Podczas rejestracji Pracownik Punktu Rejestracji informuje świadczeniobiorcę, że jest on zobowiązany niezwłocznie powiadomić Zespół, jeżeli w wyznaczonym terminie nie może stawić się na udzielenie świadczenia lub gdy z niego zrezygnował.
2. Pracownik Punktu Rejestracji informuje świadczeniobiorcę również o tym, że powinien powiadomić Zespół o wszelkich zmianach adresu, numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej, które podał przy wpisywaniu się na listę oczekujących.

§ 9

1. Umieszczając świadczeniobiorcę na liście oczekujących kwalifikuje się go do dwóch kategorii: „*przypadek stabilny*” albo „*przypadek pilny*”. O tym, do jakiej kategorii powinien zostać zakwalifikowany świadczeniobiorca decyduje lekarz wystawiający skierowanie.
2. Świadczeniobiorców zakwalifikowanych, jako „*przypadek pilny*” umieszcza się w kolejce oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi jako „*przypadek stabilny*”.
3. W razie braku adnotacji na skierowaniu o zakwalifikowaniu świadczeniobiorcy do jednej z kategorii, o których mowa w ust. 1 domniemuje się, że świadczeniobiorcy przypisano kategorię „*przypadek stabilny*”.
4. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym Zespół, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie. Podstawą przesunięcia na liście jest zaświadczenie lekarskie, adnotacja lekarza kierującego na skierowaniu lub osobista kwalifikacja przez Zespół (lekarza) przy zgłoszeniu osobistym.

§ 10

1. Świadczeniobiorców w stanach nagłych przyjmuje się bez skierowania z pominięciem kolejki oczekujących.
2. Zakwalifikowanie stanu zdrowia świadczeniobiorcy, jako stanu nagłego musi zostać przez lekarza odzwierciedlone w dokumentacji medycznej.
3. Prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością mają również:
 - osoby, które posiadają tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Dawcy Przeszczepu,
 - inwalidzi wojenni i wojskowi,
 - kombatanci (także osoby represjonowane),
 - uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

§ 11

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.