

CEL:

Procedura dotyczy zasad rejestracji pacjentów w Podstawowej Opiece Zdrowotnej oraz Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej w GZLO Kietrz.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ:

Za wprowadzenie i nadzór nad odpowiednim stosowaniem procedury - odpowiada kierownik rejestracji.

Rejestracja to pierwsze miejsce, z którym pacjent ma kontakt z przychodnią. W konsekwencji od sposobu organizacji pracy rejestracji, jakości obsługi i samego nastawienia osób tam zatrudnionych zależy wizerunek przychodni. W związku z powyższym niniejsza procedura została stworzona po to, aby w pełni zorganizować i usprawnić proces rejestracji.

ZAKRES I WARUNKI SZCZEGÓŁOWE:

I. SPOSOBY REJESTRACJI

a). Rejestracja pacjentów odbywa się:

- do lekarza POZ - codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 – 18.00,
- do poradni specjalistycznych – w godzinach pracy poradni.

b). Na wizytę do lekarza można zapisać się:

- OSOBIŚCIE
- TELEFONICZNIE pod numerami telefonu:
 - 77 403 60 45
 - 77 485 42 91 wew. 200
 - 77 485 52 30 wew. 200
 - Tel. kom. 606 449 024
- ZA POŚREDNICTWEM OSOBY TRZECIEJ

- ZA POŚREDNICTWEM SYSTEMU **e-Rejestracji**
- MAILOWO pod adresem - rejestracja@gzlokietrz.pl

Przychodnia zapewnia rejestrację na podstawie zgłoszenia we wszystkich wyżej wymienionych formach.

Ubezpieczenie pacjenta weryfikowane jest poprzez EWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców) – system, który potwierdza prawa pacjenta do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej. Jest on aktualizowany na bieżąco. Wystarczy od pacjenta uzyskać numer PESEL i potwierdzić jego tożsamość (np. dowodem osobistym, paszportem, legitymacją szkolną).

W sytuacji, gdy jest brak możliwości potwierdzenia ubezpieczenia w systemie EWUŚ, pacjent może złożyć pisemne oświadczenie, w którym potwierdzi prawo do świadczeń.

Pacjent może również przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń – poprzez przedstawienie dowodu ubezpieczenia zdrowotnego.

DOWÓD UBEZPIECZENIA

Co jest aktualnym dowodem ubezpieczenia?

1. dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:

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

2. dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą

- a) druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,

3. dla osoby ubezpieczonej w KRUS

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

4. dla emerytów i rencistów

- a) legitymacja emeryta lub rencisty. W przypadku legitymacji wydanej przez ZUS numer legitymacji powinien zawierać oznaczenie oddziału NFZ.
Jeżeli 3 i 4 pozycja numeru zawiera znaki „ __ ”, legitymacja nie jest dokumentem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń zdrowotnych. W takim przypadku należy przedstawić inny dowód ubezpieczenia np. osoba pobierająca rentę/emeryturę ZUS, ale zamieszkała na terenie innego państwa powinna przedstawić aktualną kartę EKUZ; zaświadczenie z ZUS, KRUS (WBA, ZER MSW i A),
- b) aktualny odcinek emerytury lub renty,
- c) dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg (art. 240 ust. 2 Ustawy),

5. dla osoby bezrobotnej

aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego.

6. dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie

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

7. dla członka rodziny osoby ubezpieczonej

- a) dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią zgłoszenia.

Druki: ZUS RMUA + drud ZUS ZCNA jeżeli zgłoszenie nastąpiło po 1 lipca 2008r.
ZUS ZCZA jeżeli zgłoszenie nastąpiło przed dniem 1 lipca 2008r.,

- b) aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę,
- c) zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny,
- d) legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczęcią zakładu pracy lub ZUS,
- e) legitymacja emeryta/rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu potwierdzająca dokonani zgłoszenia w dniu 1 stycznia 1999r. lub później, wraz z aktualnym odcinkiem wypłaty świadczenia – dotyczy tylko KRUS,
- f) w przypadku dzieci uczących się – pomiędzy 18. a 26. rokiem życia – dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuowania nauki.

8. dla osoby kontynuującej naukę

- a) legitymacja szkolna/studencka lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności,
- b) w przypadku studentów po ukończeniu 26. roku życia – zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka,

9. dla osoby nieubezpieczonej, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej

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

10. dla osoby ubezpieczonej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu

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

11. dla osoby przebywającej na ciągłym zwolnieniu lekarskim

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

II PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

1. Pacjent, posiadający aktywną deklarację wyboru lekarza POZ może zostać zarejestrowany - celem udzielenia świadczenia. W przypadku braku w/w deklaracji, należy zaproponować pacjentowi możliwość złożenia w/w dokumentu w GZLO Kietrz.
2. Istnieje możliwość rejestracji, a tym samym udzielenia świadczenia pacjentowi spoza listy pacjentów POZ przypadkach pilnych(sytuacja, w której nie jest możliwe udzielenie świadczenia przez lekarza POZ, do którego pacjent jest zaopieczony). Świadczenia takie, udzielane w sytuacjach pilnych, mają charakter doraźny – pacjent, któremu udzielono takiego świadczenia musi kontynuować leczenie u swojego lekarza POZ. Podobnie jest w przypadku osoby spoza Polski, a zamieszkałej i ubezpieczonej w kraju Unii Europejskiej - posiadającej kartę EKUZ. Takie świadczenie może mieć również tylko charakter doraźny i nagły.

III AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

1. Do poradni specjalistycznej wymagane jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (pracującego w ramach umowy z NFZ).
2. Brak wymogu posiadania skierowania do poradni specjalistycznych:
 - a). poradnia ginekologiczno – położnicza,

b). skierowania **nie muszą** także przedstawiać następujące osoby korzystające z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- osoby zakażone wirusem HIV,
- osoby chore na gruźlicę,
- inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci oraz osoby represjonowane, żołnierze zastępczej służby wojskowej,
- cywilne niewidome ofiary działań wojennych,
- uprawnieni żołnierze lub pracownicy, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa oraz uprawnieni żołnierze lub pracownicy, weterani poszkodowani, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa oraz weterani poszkodowani,
- osoby do 18 r.ż., u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (**obowiązuje od 01.01.2017**),
- działacze opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowane z powodów politycznych (**obowiązuje od 31.08.2017**),
- w zakresie leczenia uzależnień: osoby zgłaszające się z powodu uzależnienia oraz osoby zgłaszające się z powodu współuzależnienia – osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujące i gospodarujące, oraz osoby, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną (**obowiązuje od 14.10.2017**),
- osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (**obowiązuje od 01.07.2018**),
- osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (**obowiązuje od 01.07.2018**),
- osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich (**obowiązuje od 30.10.2018**),
- dzieci w zakresie leczenia chorób wrodzonych na podstawie wyników badań przesiewowych finansowanych ze środków publicznych,
- dzieci i młodzież w zakresie leczenia psychologicznego, psychiatrycznego i środowiskowego,

- o pacjenci w zakresie diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego po uprzednim stwierdzeniu podejrzenia nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych.

Uwaga:

W każdym z wyżej wymienionych przypadków osoba uprawniona musi okazać stosowne upoważnienie.

c). skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia!

Żądanie od pacjenta aktualizacji skierowania jest nieuzasadnione. Skierowanie wystawione do lekarza specjalisty związane jest z określoną chorobą i jest ważne w trakcie całego procesu leczenia tej choroby. Nie ma więc konieczności odnawiania skierowania co rok, chyba że zmianie ulegnie rozpoznanie lub przerwana zostanie ciągłość leczenia.

3. Ustalanie terminu wizyty. Termin wizyty uzależniony jest od możliwości przyjęcia pacjenta w stosunku do określonej dostępności i liczby osób chcących skorzystać z wizyty. Przy ustalaniu kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych i umieszczania na listach oczekujących duże znaczenie ma czy jest to pacjent pierwszorazowy czy kontynuujący leczenie.

Za pacjenta pierwszorazowego należy uznać osobę rejestrowaną po raz pierwszy lub kolejny, lecz na nowe świadczenie. Jeżeli pacjent po zakończeniu leczenia wraca do placówki (choćby z tą samą jednostką chorobową) powinien być traktowany jako pacjent pierwszorazowy – pacjentów takich wpisujemy na listę oczekujących.

Świadczeniobiorców, którzy wymagają okresowego w ściśle ustalonych terminach, wykonywania świadczenia, przyjmuje się w celu udzielenia tego świadczenia zgodnie z planem leczenia. W takim przypadku pacjentowi powinien zostać wyznaczony kolejny termin udzielenia świadczenia zgodnie z przyjętym planem leczenia i powinien być umieszczony w harmonogramie przyjęć jako pacjent „kontynuujący leczenie” .

4. Pacjent powinien zostać poinformowany o ewentualnej zmianie terminu udzielenia świadczenia. Natomiast, gdy nie możesz stawić się na wizytę w umówionym terminie, powinien powiadomić o tym fakcie rejestrację

5. Art. 47c ust. 1 pkt 1–14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa katalog świadczeniobiorców (pacjentów), którzy mają prawo do skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Są to między innymi:

- kobiety w ciąży;
- osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- osoby o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji;
- Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi i Zasłużeni Dawcy Przeszczepu;
- inwalidzi wojenni i wojskowi; kombatanci;
- cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
- działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;
- świadczeniobiorcy do 18 r.ż., u których stwierdzono ciężki i nieodwracalny upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
- osoby deportowane do pracy przymusowej;
- uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- żołnierze zawodowi, o których mowa w art. 287 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych;
- żołnierze pełniący terytorialną służbę wojskową, o których mowa w art. 325 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń udzielanych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych.

Zasadą jest, że w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udziela się **według kolejności zgłoszenia, a pacjenta umieszcza się na liście oczekujących** (art. 20 ust. 1 i 2 ww. ustawy).

Zgodnie z art. 47c ust. 2 ww. ustawy korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością w dniu zgłoszenia (art. 47c ust. 3 ww. ustawy). W przypadku, gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia (art. 47c ust. 4 ustawy).

Osobie posiadającej w/w uprawnienia, która zgłasza się o udzielenie świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, udziela się tych świadczeń - co do zasady - w dniu zgłoszenia. Jeżeli nie jest to możliwe, świadczeniodawca powinien ustalić inny termin udzielenia świadczenia - **poza kolejnością wynikającą z listy oczekujących**. Pamiętajmy, że w przypadku AOS termin ten nie może być dłuższy niż 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Dodatkowo termin ten stosowany jest wyłącznie w odniesieniu do świadczeniobiorcy (pacjenta) zgłaszającego się po raz pierwszy. W przypadku, gdy świadczeniobiorca (pacjent) jest już objęty leczeniem, przy wyznaczaniu kolejnych terminów traktowany jest jako osoba kontynuująca leczenie, i jedynie wskazania medyczne (plan leczenia) powinny mieć wpływ na wyznaczenie terminu kolejnego świadczenia.

IV INFORMACJE DODATKOWE NIEZBĘDNE DLA REJESTRATORKI MEDYCZNEJ

Pracownik rejestracji nie powinien zadawać pacjentowi nadmiernie szczegółowych pytań dotyczących choroby, jej przyczyn i przebiegu.

Pytania zadane przez pracownika rejestracji powinny dotyczyć tylko samej choroby, aby zarejestrować zdarzenie (*imię i nazwisko, pesel, adres zamieszkania, ewentualnie nr telefonu pacjenta w celu potwierdzenia wizyty*). Poza możliwością zapisania się do lekarza, pacjent powinien uzyskać kompletną informację dotyczącą:

- zakresów świadczeń udzielanych w placówce,
- oczekujących na świadczenia,
- godzin zapisów do lekarzy,
- wymaganych dokumentów koniecznych przy przyjęciu do lekarza,
- adresów miejsc wykonywania zleconych badań diagnostycznych,
- zasad udostępniania dokumentacji medycznej
- innych informacji dotyczących organizacji pracy przychodni.

Źródło:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135),
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.),
- <https://www.nfz.gov.pl/>
- <https://www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta>