

**Świadczenia opieki zdrowotnej
finansowane ze środków publicznych**

VADEMECUM

2009

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych

VADEMECUM

Warszawa 2009

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych
Vademecum 2009

praca zbiorowa pod redakcją Norberta Tyszki

© Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala
02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186

Informacje podstawowe	5
Świadczenia opieki zdrowotnej	6
Prawo do świadczeń	9
Przynależność do oddziału NFZ	11
Potwierdzenie prawa do świadczeń	12
Świadczeniodawca i jego obowiązki	17
Rejestracja	19
Skierowanie	21
Listy oczekujących	24
Dokumentacja medyczna	28
Prawa pacjenta	32
Wybrane informacje o świadczeniach	39
Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	39
Profilaktyczne programy zdrowotne	49
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	52
Leczenie szpitalne	56
Transport sanitarny	57
Leczenie uzdrowiskowe	65
Rehabilitacja	69
Opieka długoterminowa	74
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	78
Stany nagłe. Zagrożenie życia	81
Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	84
Recepty i leki	87
Informacje dodatkowe	91
Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne	91
Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego – EKUZ	95
Załączniki	99
Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych	99
Wykaz badań diagnostycznych zlecanych i finansowanych przez lekarza POZ, niezbędnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej	103
Wykazy materiałów stomatologicznych	106
Wzór recepty lekarskiej	107
Identyfikatory oddziałów NFZ	108
Adresy i telefony informacyjne oddziałów NFZ	109
Rzecznik praw pacjenta	112
Tablica informacyjna	113
Aneks	114



Ustawa – Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz 1027 z późn. zm.)

Fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Świadczeniodawca – lekarz, poradnia, szpital, gabinet stomatologiczny czy gabinet fizykoterapii, który udziela świadczeń na podstawie umowy z NFZ.

Pacjent – świadczeniobiorca, który zwraca się o udzielenie lub korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Informacje podstawowe

Prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych to podstawowe prawa zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Odpowiedzialność za zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych spada na władze publiczne. Warunki i zakres udzielenia wspomnianych świadczeń oraz zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia dostępu do nich określa Ustawa.

W Ustawie zdefiniowane są także zasady i tryb finansowania świadczeń oraz zasady ubezpieczenia zdrowotnego, którego podstawą jest solidaryzm społeczny.

Oznacza to, że każdy ubezpieczony, bez względu na to, jak wysoka jest składka, którą płaci, otrzymuje takie same świadczenia opieki zdrowotnej.



W roku 2009 składka płacona na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru (najczęściej przychodu).

Instytucją, wskazaną w ustawie, zapewniającą i finansującą świadczenia opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W jego skład wchodzi Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich.



„Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie” (art. 15. ust. 1. Ustawy).

Świadczenia opieki zdrowotnej

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych obejmują:

Świadczenia zdrowotne, czyli wszelkie czynności służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów, a związane z:

- » badaniem i poradą lekarską,
- » leczeniem,
- » rehabilitacją leczniczą,
- » opieką nad kobietą ciężarną i dzieckiem,
- » badaniami diagnostycznymi,
- » pielęgnacją chorych i niepełnosprawnych, oraz opieką nad nimi,
- » profilaktyką zdrowotną,
- » z orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- » czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Świadczenia zdrowotne rzeczowe – leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z procesem leczenia.

Świadczenia towarzyszące – np. zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej, czy też usługi transportu sanitarnego.

Świadczenia mogą być udzielane zarówno przez publiczne, jak i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, jak też przez osoby wykonujące zawód medyczny, czy przez grupową praktykę lekarską lub grupową praktykę pielęgniarek i położnych. Forma własności świadczeniodawcy nie jest istotna. Wszystkie podmioty powinny traktować pacjenta jednakowo.

Odpłatność za świadczenia*

Środki na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, które są udzielane osobom ubezpieczonym, pochodzą w większości ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Leczenie pozostałych osób, innych niż ubezpieczone, pokrywane jest z budżetu państwa lub ze środków pomocy społecznej.



Zapewnienie przez państwo prawa do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest równoznaczne z gwarancją realizowania wszystkich rodzajów świadczeń. Nie oznacza także ich pełnej bezpłatności.

W większości przypadków leczenie jest bezpłatne i pacjent nie ponosi żadnych opłat. Zdarza się jednak, że pacjent musi pokryć koszty niektórych świadczeń.

Nier refundowane są na przykład świadczenia opieki zdrowotnej, określone w wykazie stanowiącym załącznik do Ustawy, które nie zostały zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane (patrz s. 99). Wykupienie zleconych przez lekarza leków, środków pomocniczych czy też przedmiotów ortopedycznych także może wiązać się z poniesieniem kosztów przez pacjenta. Dopłacić trzeba również do zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium oraz zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Pacjent może też zostać obciążony kosztami niektórych usług transportu sanitarnego.

Przy korzystaniu ze świadczeń gwarantowanych w stomatologii pacjent może dopłacić do materiałów stomatologicznych. Dopłata dotyczy wyłącznie wypełnienia ubytku zęba, nie dotyczy materiałów stosowanych do wykonania aparatów ortodontycznych, protez zębowych, środków do znieczuleń oraz leczenia endodontycznego.

* Patrz aneks s. 114

Pacjent powinien się liczyć także z tym, że będzie musiał pokryć koszty wydania:

- » orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych,
- » orzeczenia i zaświadczenia lekarskiego wydawanego na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie jest związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku,
- » orzeczenia i zaświadczenia lekarskiego wydawanego na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie jest wydawane w celach pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.



Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy w celach rentowych lub ustaleniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie. Koszty wydania takiego zaświadczenia powinny obciążyć Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, a nie pacjenta.

Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia na zlecenie prokuratury lub sądu pokrywane są z budżetu państwa, jednak strony postępowania mogą zostać zobowiązane do ich pokrycia.

Świadczeniodawca może także obciążyć pacjenta kosztami udzielonych świadczeń zdrowotnych, jeżeli jedyną i bezpośrednią przyczyną ich udzielenia było zdarzenie spowodowane stanem nietrzeźwości. W tym przypadku za udzielone świadczenia pobiera się opłatę niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawca może obciążyć nietrzeźwego pacjenta kosztami świadczeń także wtedy, kiedy odmówi on poddania się badaniu na zawartość alkoholu we krwi, potwierdzającemu stan nietrzeźwości.

Prawo do świadczeń

Konstytucja gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia, jednak nie każdy ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z Ustawą, prawo do leczenia i korzystania ze świadczeń na zasadach w niej określonych mają:

- » **ubezpieczeni**, czyli wszystkie osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia;
- » zgłoszeni do ubezpieczenia **członkowie rodziny** osoby ubezpieczonej:
 - **dzieci** własne, dzieci małżonka, dzieci przysposobione, wnuki, dzieci obce, dla których ustanowiono opiekę lub dzieci obce w ramach rodziny zastępczej – do ukończenia przez nie 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 lub inne traktowane na równi mogą być zgłaszane do ubezpieczenia bez ograniczenia wieku.

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



Każda osoba ubezpieczona ma obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, jeśli nie mają oni innego tytułu do ubezpieczenia.

- » osoby nieubezpieczone (posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej):
 - które spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej,



Kryteria dochodowe do otrzymywania świadczeń pomocy społecznej obowiązujące **w czerwcu 2009 r.**

- » osoby samotnie gospodarujące – dochód do 477 zł;
- » osoby w rodzinie – dochód na osobę do 351 zł.
 - dzieci i młodzież – do ukończenia 18. roku życia,
 - kobiety w okresie ciąży i połogu – do 42. dnia po porodzie.
- » osoby bezrobotne zarejestrowane w urzędzie pracy – od stycznia 2009 r. bezrobotni zarejestrowani w urzędzie pracy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego niezależnie od tego, czy posiadają status członka rodziny. Nie mogą oni podlegać obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.
- » osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – ubezpieczone w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), przebywające na terenie RP.

Poza wymienionymi, 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 wyżej wymienionym osobom pokrywane są z budżetu państwa.

Przynależność do oddziału NFZ

Każda osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest przyporządkowana do oddziału wojewódzkiego NFZ. Przynależność do konkretnego oddziału zależy od miejsca zamieszkania. Czasowa zmiana miejsca pobytu nie pociąga za sobą konieczności jednoczesnej zmiany oddziału Funduszu. Jeżeli jednak osoba zmienia miejsce zamieszkania na stałe, powinna powiadomić o tym płatnika składki, który dokona stosownej zmiany.

Płatnikami składek są m.in.:

- » dla rolników i ich domowników – KRUS,
- » dla pracowników – pracodawca,
- » dla bezrobotnych – urząd pracy,
- » dla emerytów i rencistów – ZUS lub KRUS,
- » dla uczniów i studentów, którzy nie podlegają ubezpieczeniu z innego tytułu lub ukończyli 26 lat – szkoła lub uczelnia wyższa.

Wymienione instytucje zgłaszają osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu do NFZ oraz przekazują do Funduszu dane o członkach rodzin zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego.

Osoby, które nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, a które:

- » prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą,
- » ubezpieczyły się dobrowolnie,
- » są uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu,

zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego **samodzielnie**. Wszelkich zgłoszeń oraz aktualizacji dokonują w ZUS.

Dane dotyczące zgłoszeń oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne ZUS i KRUS przekazują do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Potwierdzenie prawa do świadczeń

Osoba, która zamierza skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia zobowiązana jest przedstawić potwierdzenie prawa do ich uzyskania.



Obowiązek przedstawienia potwierdzenia prawa do świadczeń nie dotyczy dzieci do 6. miesiąca życia, które nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego, np. z powodu braku numeru PESEL.

Do czasu wydania Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń jest **każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej**, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, np.:

dla osoby zatrudnionej 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;

dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą

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

dla osoby ubezpieczonej w KRUS

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

dla emerytów i rencistów

- » legitymacja emeryta lub rencisty.
W przypadku legitymacji wydanej przez ZUS numer legitymacji powinien zawierać oznaczenie oddziału NFZ (patrz s.108).

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 lub KRUS (WBA, ZER MSWiA...),
- » aktualny odcinek emerytury lub renty,
- » dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg (art. 240 ust. 2 Ustawy);

dla osoby bezrobotnej

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

dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie

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

dla członka rodziny osoby ubezpieczonej

- » dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią zgłoszenia (druki: ZUS RMUA + druk ZUS ZCNA jeżeli zgłoszenie nastąpiło po 1 lipca 2008 r. (ZUS ZCZA jeżeli zgłoszenie nastąpiło przed dniem 1 lipca 2008 r.),
- » aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę,
- » zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny,
- » legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczęcią zakładu pracy lub ZUS,
- » legitymacja emeryta/rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu, potwierdzająca dokonanie zgłoszenia w dniu 1 stycznia 1999 r. lub później, wraz z aktualnym odcinkiem wypłaty świadczenia – dotyczy tylko KRUS,
- » w przypadku dzieci uczących się – pomiędzy 18. a 26. rokiem życia – dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt

kontynuacji nauki – legitymację szkolną/studentcką 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.

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

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

dla osoby ubezpieczonej 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.

dla osoby przebywającej na ciągłym zwolnieniu lekarskim

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

Jeżeli pacjent nie posiada aktualnego zaświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń, może taki dokument przedstawić w innym czasie:

- » jeśli przebywa w szpitalu – nie później niż w terminie 30 dni od dnia przyjęcia

lub

- » w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia.



Niedostarczenie dokumentu w wyżej wymienionych terminach może skutkować obciążeniem pacjenta kosztami udzielonego świadczenia.

Późniejsze niż przewidziane przedstawienie dokumentu nie powinno stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów albo ich zwrotu.

Jednak przy znacznym opóźnieniu w dostarczeniu potwierdzenia prawa do świadczeń, świadczeniodawca może odmówić zwrotu kosztów. Powyższe zasady dotyczą także obywateli innych krajów UE lub EFTA uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.



Brak dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej **nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia!**

Ważność dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń

Przyjmuje się, że dokument potwierdzający prawo do świadczeń **jest ważny przez 30 dni** od:

- » **daty wystawienia** – zaświadczenie z zakładu pracy, zaświadczenia ZUS i KRUS,
- » **daty poświadczenia** – legitymacja ubezpieczeniowa,
- » **daty opłacenia składki** – ZUS RMUA, dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- » **daty ważności dokumentu** – legitymacja rencisty.

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 pozarolniczej 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.

Osobom, które:

- » ukończyły szkołę średnią lub wyższą lub zostały skreślone z listy uczniów lub studentów – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje **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 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 w okresie pobierania przez te osoby zasiłku,
- » mają zawieszona prawa do renty socjalnej – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 90 dni od ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

Po tym 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. Jeżeli tego nie uczyni, może ponieść samodzielnie koszty udzielonych jej świadczeń.

Świadczeniodawca i jego obowiązki

Świadczeniodawca to np. lekarz, pielęgniarka, położna, poradnia, szpital, gabinet stomatologiczny czy gabinet fizykoterapii, który udziela świadczeń na podstawie umowy z NFZ. Do jego podstawowych zadań i obowiązków należą:

- » opieka i udzielanie pomocy medycznej pacjentom zgodnie z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- » wykonywanie świadczeń przez uprawnione, posiadające odpowiednie kwalifikacje osoby;
- » przyjmowanie pacjentów w pomieszczeniach, wyposażonych w certyfikowany, atestowany sprzęt medyczny, odpowiadających określonym standardom;
- » przyjmowanie pacjentów w ustalonym, możliwie najkrótszym, terminie;
- » przestrzeganie praw pacjenta;
- » rejestracja pacjentów;
- » informowanie pacjenta.



Lekarz udzielający świadczeń w ramach umowy z NFZ nie może w godzinach wykazanych w harmonogramie pracy udzielać świadczeń odpłatnie (komercyjnie).

Pierwszy kontakt

Każdy świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach umowy z Funduszem musi umieścić na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, **tablicę informacyjną z logo NFZ i nazwą świadczeniodawcy** (wzór tablicy, patrz s. 113). Taka tablica jest znakiem dla pacjenta, że w tym miejscu może skorzystać ze świadczeń w ramach ubezpieczenia w NFZ. Dlatego powinna znajdować się w miejscu widocznym i ogólnodostępnym.

Jeśli w tym samym budynku mieszczą się także inne poradnie, które nie zawarły umowy z Funduszem, logo powinno wskazywać jednoznacznie, gdzie udzielane są bezpłatne świadczenia zdrowotne.

Oprócz tablicy informacyjnej, w dobrze widocznym miejscu powinny znaleźć się:

- » informacje o godzinach i miejscach przyjęć oraz o osobach, które przyjmują pacjentów;
- » informacje o miejscach i godzinach pracy podwykonawców, np. laboratoriów, do których kierowani są pacjenci;
- » zasady zapisów na porady i wizyty, także domowe;
- » informacje o możliwości zapisania się na listę oczekujących;
- » informacje o trybie składania skarg i wniosków.

Na tablicy ogłoszeń powinny zostać umieszczone także:

- » wykaz praw pacjenta;
- » adres oraz numer telefonu Rzecznika Praw Pacjenta;
- » numery telefonów alarmowych ratownictwa medycznego: **112** i **999**.

Dodatkowo:

- » w **poradni lekarza POZ** powinna znaleźć się informacja o tym, kto i gdzie udziela pomocy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w nocy i dni świąteczne.
- » w **poradni stomatologicznej**, w której udzielane są świadczenia za dopłatą, powinna zostać umieszczona informacja o możliwości uzyskania takich świadczeń oraz cennik dopłat. W widocznym miejscu powinien znajdować się także wykaz gwarantowanych świadczeń lekarza dentystry i materiałów stomatologicznych.

Rejestracja



Przy udzielaniu świadczeń nie obowiązuje rejonizacja.

Punkt rejestracji jest miejscem, w którym dochodzi do pierwszego spotkania pacjenta ze świadczeniodawcą.

W punkcie rejestracji, poza możliwością zapisania się do lekarza, pacjent powinien uzyskać kompletną informację dotyczącą:

- » świadczeń dostępnych w placówce,
- » czasu oczekiwania,
- » form i terminów zapisu do lekarza,
- » wymaganych dokumentów i skierowań potrzebnych do przyjęcia,
- » wyników badań niezbędnych podczas wizyty,
- » miejsca wykonania zleconych przez lekarza badań diagnostycznych (USG, RTG, badań laboratoryjnych lub innych),
- » zasad udostępniania dokumentacji medycznej,
- » organizacji pracy przychodni.



Na wizytę u lekarza pacjent ma prawo zapisać się dowolnie wybranego dnia, w godzinach pracy punktu rejestracji.

Ustalanie przez świadczeniodawcę dni do zapisywania się jest niezgodne z prawem.

Aby zarejestrować się u świadczeniodawcy pacjent może zgłosić się do rejestracji:

- » osobiście,
- » telefonicznie,
- » za pośrednictwem osoby trzeciej,
- » jeżeli placówka dysponuje odpowiednim oprogramowaniem, również drogą elektroniczną.



Podczas rejestracji pacjent powinien otrzymać informację o dacie i godzinie wizyty.

Przy zapisywaniu zgłaszających się pacjentów należy pamiętać, że:

- » świadczenia powinny być udzielane w możliwie najkrótszym terminie;
- » świadczeniodawca jest zobowiązany do przyjęcia pacjenta w ustalonym terminie.

Jeżeli wskazany pacjentowi termin wizyty w poradni specjalistycznej jest odległy, pacjent powinien uzyskać informację o możliwości skorzystania z porady specjalisty w innych placówkach mających umowę z NFZ. W miarę możliwości należy wskazać adres miejsca, gdzie kolejka do danego specjalisty jest krótsza.



Wykaz poradni przyjmujących chorych w ramach ubezpieczenia wraz z czasem oczekiwania dostępny jest na stronach internetowych oraz pod numerami informacyjnymi oddziałów wojewódzkich NFZ.

Gdy pacjent jest objęty stałym leczeniem specjalistycznym, termin wizyty kontrolnej powinien zostać ustalony podczas bieżącej wizyty u lekarza. Pozwoli to na zachowanie ciągłości opieki medycznej.

W przypadku nieobecności lekarza pacjenta powinien zostać poinformowany o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie. Informacja taka powinna zostać udostępniona w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.



W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają jego dotrzymanie, należy poinformować pacjenta **w każdy dostępny sposób** (np. telefonicznie lub sms-em) o zmianie tego terminu.

Skierowanie

Zgłaszając się do wybranego świadczeniodawcy pacjent powinien przedstawić – oprócz potwierdzenia prawa do świadczeń – **ważne skierowanie**. Jest ono dokumentem wymaganym przy dostępie do badań diagnostycznych oraz świadczeń realizowanych w ramach:

- » ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- » leczenia szpitalnego,
- » leczenia uzdrowiskowego,
- » rehabilitacji leczniczej,
- » opieki nad przewlekle chorymi.



Skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.

Skierowaniem do lekarza specjalisty nie jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego, izby przyjęć, czy szpitalnego oddziału ratunkowego. Jeżeli w karcie informacyjnej wskazana jest kontynuacja leczenia, skierowanie powinien wystawić lekarz prowadzący pacjenta.

Należy pamiętać, że na podstawie jednego skierowania pacjent może się zarejestrować tylko w jednej placówce udzielającej świadczeń w danym zakresie!

Skierowanie nie jest potrzebne do następujących lekarzy specjalistów:

- » dermatologa,
- » ginekologa i położnika,
- » okulisty,
- » onkologa,
- » psychiatry,
- » wenerologa,
- » dentysty.

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.

Skierowanie wystawia:

- » **na badania diagnostyczne, na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na leczenie uzdrowiskowe, na rehabilitację leczniczą, opiekę długoterminową** – lekarz POZ lub inny lekarz udzielający świadczeń w ramach ważnej umowy z NFZ,

Jeżeli pacjent objęty opieką specjalisty wymaga wykonania niezbędnych, dodatkowych badań diagnostycznych, skierowania na te badania wystawia świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza specjalisty, do którego pacjent ma prawo zgłosić się bez skierowania.

- » **na badania diagnostyczne kosztochłonne** (takie jak tomografia czy rezonans) – lekarz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, w tym także lekarz POZ, prowadzący leczenie pacjenta i stwierdzający potrzebę wykonania danego badania (w przypadkach uzasadnionych medycznie).



Odsyłanie pacjentów do lekarza POZ po skierowanie na badania diagnostyczne kosztochłonne jest nieuzasadnione. Dotyczy to także badań w opiece specjalistycznej zleczanych pacjentom z zaleceniem kolejnej wizyty.

- » **na leczenie szpitalne** – każdy lekarz. Nie musi być to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego!



Lekarz POZ, kierujący pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala, zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Świadczenia udzielone pacjentowi bez skierowania – poza wymienionymi przypadkami – nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a ich koszty mogą obciążyć pacjenta.

Ważność skierowania

Zazwyczaj skierowanie jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Zachowuje ono swoją ważność do czasu realizacji, np. poprzez ustalenie terminu przyjęcia pacjenta do szpitala.

Wyjątkami są:

- » **skierowanie na leczenie uzdrowiskowe**, które jest ważne 12 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia.
- » **skierowanie na rehabilitację leczniczą**, które traci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia.
- » **skierowanie do szpitala psychiatrycznego**, którego ważność wygasa po upływie 14 dni.



Pacjenci nie powinni być odsyłani z powodu niekompletności skierowań. Należy poprosić o uzupełnienie danych lub uzyskać je od lekarza kierującego.

Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych, nie mogą być przyczyną odmowy przyjęcia lub nie wpisania pacjenta na listę oczekujących.

Listy oczekujących

Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane według kolejności zgłoszeń w dniach i godzinach pracy świadczeniodawcy, zgodnie z harmonogramem jego pracy.

Jeżeli nie mogą być udzielone pacjentowi w dniu zgłoszenia, każda placówka realizująca świadczenia na podstawie umowy z NFZ w ramach:

- » ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- » leczenia szpitalnego,
- » opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- » rehabilitacji leczniczej,
- » opieki długoterminowej,
- » leczenia stomatologicznego

ma obowiązek wskazać inny termin wykonania świadczenia i umieścić pacjenta na liście oczekujących na udzielenie świadczenia. Prowadzenie takiej listy jest obowiązkiem ustawowym.

Głównym celem prowadzenia wspomnianego rejestru jest zapewnienie pacjentom równego, sprawiedliwego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Ważne jest, żeby przyjęcia odbywały się zgodnie z kolejnością wpisów na liście oczekujących, a przyspieszenie przez przesunięcie na liście było spowodowane wyłącznie względami medycznymi.



- » pacjenci w stanie nagłym,
- » osoby, które posiadają tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Dawcy Przeszczepu,
- » inwalidzi wojenni i wojskowi,
- » kombatancki (także osoby represjonowane),
- » uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,

mają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością i powinni być przyjęci bezzwłocznie.

Lekarz kierujący pacjenta do dalszego leczenia specjalistycznego kwalifikuje go do jednej z dwóch kategorii medycznych:

- » **przypadek pilny** – pacjent, który wymaga pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
- » **przypadek stabilny** – pacjent, który nie znajduje się w stanie nagłym i nie został zakwalifikowany jako przypadek pilny.

Określona kategoria medyczna ma wpływ na termin realizacji świadczenia opieki zdrowotnej!



Pacjenci objęci kontynuacją leczenia nie są umieszczani na listach oczekujących.

Lekarz w szpitalu potwierdza kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu albo sam kwalifikuje pacjenta do odpowiedniej kategorii medycznej.

Prowadzenie wpisów na listy oczekujących powinno odbywać się na bieżąco, a więc umieszczanie pacjenta na liście oczekujących powinno nastąpić w dniu jego zgłoszenia się do świadczeniodawcy.

Na liście oczekujących odnotowuje się, między innymi, następujące informacje:

- » numer na liście oczekujących,
- » datę i godzinę wpisu,
- » imię i nazwisko pacjenta,
- » numer PESEL, a w przypadku jego braku, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta,
- » adres pacjenta,
- » numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem,
- » rozpoznanie lub powód przyjęcia,
- » planowany termin udzielenia świadczenia,
- » imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu wraz z jej podpisem.

Wpisy mogą być dokonywane wyłącznie za zgodą pacjenta lub zgodą jego przedstawiciela ustawowego!

Dane o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania są przekazywane do NFZ, a następnie – w celach informacyjnych – publikowane przez oddziały Funduszu na stronach internetowych.



Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej.

Po ustaleniu terminu przyjęcia pacjenta, świadczeniodawca może odnotować na skierowaniu:

- » datę udzielenia świadczenia,
- » rodzaj/nazwę listy oczekujących wraz z numerem kolejnym na liście oraz
- » datę dokonania wpisu na listę.

Adnotacje powinny być potwierdzone pieczęcią świadczeniodawcy oraz podpisem i ewentualnie pieczętką osoby potwierdzającej wpisanie świadczeniobiorcy na listę oczekujących.

Obowiązki świadczeniodawcy

Świadczeniodawca ma obowiązek poinformowania pisemnie pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnienia przyczyny wyboru tego terminu. 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 pacjent powinien zostać poinformowany **nie później, niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia**. Powiadomienie takie musi być skuteczne, tzn. świadczeniodawca powinien otrzymać potwierdzenie, że pacjent został powiadomiony.

Jeżeli wystąpią okoliczności uniemożliwiające zachowanie uzgodnionego terminu, świadczeniodawca **musi poinformować pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wykonania świadczenia i jej przyczynie** (np. telefonicznie, drogą elektroniczną,

listownie). Dotyczy to również przypadku zmiany terminu na wcześniejszy.

Obowiązki pacjenta

W przypadku gdy pacjent nie może stawić się w poradni lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.

W razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, która może wskazywać na potrzebę wcześniejszego udzielenia świadczenia, pacjent jest zobowiązany poinformować o tym świadczeniodawcę. Wówczas, ze względów medycznych, należy odpowiednio skorygować termin udzielenia świadczenia. Podstawą przesunięcia na liście jest wtedy zaświadczenie lekarskie, adnotacja lekarza kierującego na skierowaniu lub osobista kwalifikacja przez świadczeniodawcę (przy zgłoszeniu osobistym).



Zgodnie z Ustawą, w celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania, pacjent może wpisać się wyłącznie na jedną listę oczekujących!

Skreślenie z listy

Jeżeli pacjent nie stawi się u świadczeniodawcy w wyznaczonym dniu bez powiadomienia, zostaje skreślony z listy.

Skreślenia dokonuje się również w przypadku:

- » wcześniejszego wykonania świadczenia przez świadczeniodawcę, u którego pacjent był zapisany – w takim przypadku za datę skreślenia należy przyjąć datę początku udzielania świadczenia,
- » zaprzestania wykonywania świadczenia danego rodzaju przez świadczeniodawcę, u którego pacjent był zapisany,
- » powiadomienia przez osobę wpisaną na listę oczekujących o rezygnacji.

W wypadku skreślenia pacjenta, na liście odnotowywana jest data oraz powód skreślenia.

Dokumentacja medyczna

Każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej pacjenta.



Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością zakładu opieki zdrowotnej.

Dokumentacja musi zawierać co najmniej:

- » oznaczenia pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta:
- » nazwisko i imię (imiona),
- » datę urodzenia,
- » oznaczenie płci,
- » adres miejsca zamieszkania,
- » numer PESEL (w przypadku noworodka – numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość),
- » w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- » oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze skazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,
- » opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
- » datę sporządzenia.

Świadczeniodawca jest zobowiązany zapewnić ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej!

Zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:

- » pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
- » osobie upoważnionej przez pacjenta
- » upoważnionym organom.

Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Dokumentacja medyczna może być udostępniana także:

- » innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli jest ona niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- » organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- » ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- » uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie, którego dotyczy dokumentacja zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- » organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności – w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- » podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych – w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- » zakładom ubezpieczeń – za zgodą pacjenta;
- » lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia – w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
- » szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych – bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.



Dokumentacja medyczna jest udostępniana na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej.

Formy udostępniania

Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona:

- » do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- » poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- » poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Zasady odpłatności

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów lub kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest publikowana przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale.

Maksymalna wysokość opłat za:

- » **jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej** – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale,
- » **jedną stronę kopii dokumentacji medycznej** – nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia jw.,
- » **sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych**, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia jw.

Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.



Maksymalne opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej (czerwiec 2009 r.) wynoszą:

- » jedna strona wyciągu lub odpisu – **6,37 zł**,
- » jedna strona kopii – **0,64 zł**,
- » wyciąg, odpis lub kopia na nośniku elektronicznym – **6,37 zł**.

Przechowywanie dokumentacji medycznej:

Dokumentacja medyczna powinna być przechowywana przez okres 20 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu). Wyjątki dotyczą:

- » dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30. lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon). Po upływie tego czasu dokumentacja medyczna powinna zostać niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła;
- » zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10. lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie);
- » skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres pięciu lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia);
- » dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia, która jest przechowywana przez okres 22. lat.

Prawa pacjenta

Prawa pacjenta są zbiorem praw, zawartych między innymi w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, czy też ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

Przestrzeganie praw pacjenta jest ustawowym obowiązkiem wszystkich uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Od organów władzy publicznej począwszy, poprzez osoby wykonujące zawód medyczny, do wszystkich innych, którzy z racji wykonywanego zawodu mają kontakt z pacjentem.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

- » Pacjent **ma prawo do świadczeń zdrowotnych** odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
- » Pacjent **ma prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych listy oczekujących** – w sytuacji ograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych,
- » Pacjent **ma prawo żądać drugiej opinii**.



Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

W razie wątpliwości pacjent ma prawo żądać, by lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej). Żądanie oraz ewentualną odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Prawo wyboru

Każdy pacjent korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **ma prawo wyboru**:

- » w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza, pielęgniarki i położnej;
- » w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – lekarza specjalisty spośród wszystkich lekarzy przyjmujących w poradniach

- specjalistycznych, które mają umowę z NFZ. Wybór placówki medycznej realizującej świadczenia w ramach kontraktu z NFZ jest dowolny;
- » w ramach leczenia stomatologicznego – lekarza dentystry spośród wszystkich lekarzy przyjmujących w poradniach, które mają umowę z NFZ;
 - » w ramach leczenia szpitalnego – dowolnego szpitala, posiadającego umowę z NFZ, na terenie całej Polski.

Prawo do informacji

- » Pacjent **ma prawo do informacji o swoich prawach**, dlatego każda placówka udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest zobowiązana umieścić stosowną informację na temat praw pacjenta.
- » Pacjent **ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych u danego świadczeniodawcy** oraz o osobach udzielających tych świadczeń.
- » Pacjent **ma prawo do informacji zrozumiałej i przystępnej** dla niego. Ma prawo prosić o wyjaśnienia tak długo, aż przekazana informacja będzie przez niego w pełni zrozumiała.
- » Pacjent **ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia**, rozpoznaniu, metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ma także prawo zdecydować, komu i jakie informacje o tym mogą być przekazywane.
- » Pacjent **ma prawo do rezygnacji z otrzymywania informacji**. Powinien jednak dokładnie wskazać, z których informacji rezygnuje, np. o swojej sytuacji zdrowotnej.



Pacjent do ukończenia 16. roku życia ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w formie i w zakresie niezbędnym do prawidłowego udzielenia świadczenia.

W przypadku utraty świadomości przez pacjenta obowiązują wcześniejsze ustalenia poczynione z pacjentem.

Prawo do wyrażenia zgody

- » Pacjent, także małoletni, który ukończył 16. lat, **ma prawo do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.**

Jeżeli pacjent:

- nie ukończył 18 lat,
- jest całkowicie ubezwłasnowolniony,
- niezdolny do świadomego wyrażenia zgody,

prawo do wyrażenia zgody ma przedstawiciel ustawowy, a w przypadku jego braku – opiekun faktyczny.

- » Pacjent **ma prawo odmówić lub zażądać zaprzestania udzielania świadczenia.**

Pacjent:

- który ukończył 16 lat,
- osoba ubezwłasnowolniona,
- chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem,

ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.



W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej.

Zgoda lub odmowa powinna zostać poprzedzona przedstawieniem pacjentowi wyczerpującej informacji na temat planowanego, bądź już udzielanego świadczenia.

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

- » **Pacjent ma prawo do poufności** – zachowania w tajemnicy wszelkich informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu i rokowaniu, badaniach i ich wynikach.

Bez zgody pacjenta (lub zgody osoby sprawującej opiekę prawną nad pacjentem) nie wolno informować nikogo o jego stanie zdrowia. Pacjent ma prawo wskazać, komu informacje objęte tajemnicą będą przekazywane. Prawo to obowiązuje także po śmierci pacjenta.

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

- » Pacjent **ma prawo do poszanowania intymności i godności** – osoba udzielająca świadczeń ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie tego prawa.
- » Pacjent ma prawo do obecności bliskiej osoby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta lub w przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych może odmówić obecności osoby bliskiej pacjentowi. Odmowa musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej.

Obecność innych osób przy udzielaniu świadczenia, np. studentów medycyny, wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego opiekuna oraz lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego.

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

- » Pacjent **ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej** dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (patrz: Dokumentacja medyczna).

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

- » Pacjent przebywający w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (np. w szpitalu) **ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie**. Koszty przechowywania ponosi zakład opieki zdrowotnej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

- » Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta.

Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.

Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

- » Pacjent przebywający w zakładzie opieki zdrowotnej, przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (np. w szpitalu), **ma prawo do kontaktu** osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, ale też ma prawo do odmowy takiego kontaktu.
- » Pacjent **ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej**, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (np. opieka sprawowana nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu).

Jeżeli zakład opieki zdrowotnej ponosi koszty realizacji powyższych praw, może obciążyć nimi pacjenta.

Wysokość opłaty rekompensującej wspomniane koszty ustala kierownik zakładu, a informację o jej wysokości oraz sposobie jej ustalenia udostępnia się w lokalu zakładu opieki zdrowotnej.

Prawo do opieki duszpasterskiej.

- » W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta zakład opieki zdrowotnej, w którym pacjent przebywa, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.



Przestrzeganie i poszanowanie praw pacjenta jest jednym z podstawowych obowiązków świadczeniodawcy.

Kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku niektórych praw także ze względu na możliwości organizacyjne zakładu.

Skargi pacjentów

Jeżeli pacjent lub osoba go reprezentująca uzna, że prawa pacjenta zostały naruszone, może:

- » zwrócić się z interwencją do bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenia, a następnie do kierownictwa placówki;
- » złożyć skargę do Rzecznika Praw Pacjenta;
- » zwrócić się do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, który działa przy Okręgowej i Naczelnej Izbie Lekarskiej, a także przy Okręgowej i Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych – jeżeli naruszenie prawa dotyczyło czynności medycznej;
- » skierować sprawę do sądu – jeżeli w wyniku działania lub zaniechania zakładu opieki zdrowotnej naruszono dobro osobiste pacjenta lub wyrządzono mu szkodę materialną;
- » złożyć skargę do świadczeniodawcy;
- » złożyć skargę do NFZ. Skarga pisemna, która nie zawiera imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu osoby, która ją wniosła, nie zostanie rozpatrzona (§7 ust. 2 Regulaminu rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ).

Skargi mogą być składane ustnie lub pisemnie. Pacjent ma prawo żądać pisemnego potwierdzenia przyjęcia skargi.

Nie rozpatruje się jako skarg pism dotyczących spraw, które zostały rozstrzygnięte prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją administracyjną.

Odstąpienie od leczenia

W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta. Zwłoka w udzieleniu pomocy nie może jednak spowodować niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta.

Jeżeli jednak lekarz podejmie taką decyzję, ma obowiązek:

- » uprzedzić o tym fakcie pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego) z odpowiednim wyprzedzeniem,
- » wskazać pacjentowi lekarza lub zakład opieki zdrowotnej, w którym pacjent ma realne możliwości uzyskania świadczenia.
- » uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Wybrane informacje o świadczeniach*

Najważniejsze informacje o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Podstawowa opieka zdrowotna to powszechnie dostępna, najważniejsza część systemu opieki zdrowotnej. Świadczenia w POZ udzielane są osobom, które dokonały wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ. Realizowane są najczęściej w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), ale w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta lub w domu pomocy społecznej.

Świadczenia udzielane są w dni powszednie, od poniedziałku do piątku, pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Filie POZ mogą przyjmować pacjentów krócej niż w godzinach od 8.00 do 18.00, jeżeli w tym czasie pacjenci mają zapewniony dostęp do głównej przychodni.

Gabinet zabiegowy (w tym punkt szczepień) funkcjonuje od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 i 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Dodatkowo punkt szczepień powinien być czynny minimum jeden raz w tygodniu w godzinach popołudniowych, po godzinie 15.00.

W przeważających przypadkach pacjenci przyjmowani są w dniu zgłoszenia, jednak:

- » w chorobach przewlekłych – jeśli pacjent nie skarży się na gorsze samopoczucie;
- » przy kontynuacji leczenia;
- » gdy potrzeba kontaktu pacjenta z lekarzem POZ nie wynika z konieczności uzyskania pomocy medycznej,

porady udzielane są w terminie uzgodnionym z pacjentem.

* Patrz aneks s. 112

Wybór lekarza, pielęgniarki, położnej POZ

W celu skorzystania z porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej pacjent powinien dokonać wyboru lekarza, pielęgniarki i/lub położnej.



Podczas pobytu poza miejscem zamieszkania, np. na wakacjach, w delegacji, u rodziny, pacjent ma prawo do podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacji nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Pacjent ma prawo do bezpłatnego wyboru podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku. Wyboru lub zmiany dokonuje się bezpośrednio u świadczeniodawcy w przychodni i nie trzeba tego faktu potwierdzać w oddziale Funduszu. **W przypadku każdej kolejnej zmiany należy wnieść opłatę w wysokości 80 złotych.** Opłatę należy uiścić na konto właściwego oddziału NFZ.

Opłaty nie pobiera się w przypadku:

- » zmiany miejsca zamieszkania przez pacjenta;
- » zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza/pielęgniarkę/położną podstawowej opieki zdrowotnej;
- » a także z powodu innych przyczyn niezależnych od woli pacjenta.

Wyboru dokonuje się w imieniu własnym. W imieniu innej osoby deklaracje mogą złożyć pełnoletni opiekunowie lub opiekunowie prawni niepełnoletnich dzieci, bądź innych osób, dla których ustanowiony został opiekun. Deklarację wyboru składa się do konkretnej osoby udzielającej świadczeń: imiennie do lekarza, pielęgniarki czy położnej. Przy wypełnieniu deklaracji wyboru osoba wypełniająca powinna otrzymać do wglądu instrukcję.

Pacjent może złożyć w jednym miejscu deklarację do lekarza, a w innym do pielęgniarki czy położnej, powinien jednak rozważyć praktyczne skutki takiego wyboru.

Deklaracje wyboru złożone przed dniem 1 października 2004 r., w tym wspólne dla lekarza, pielęgniarki, położnej POZ, zachowują ważność. Należy je jednak wypełnić ponownie w sytuacji, gdy deklaracja nie była złożona w imieniu własnym.

Osoby ubezpieczone w innym państwie UE, ale mieszkające w Polsce, składają deklarację do POZ na podstawie zarejestrowanych w oddziale Funduszu formularzy: E106, E109, E120 lub E121.

Listę pacjentów sporządza się odrębnie dla każdej osoby, która udziela świadczeń w przychodni POZ.



Pacjent składający deklarację do POZ nie ma obowiązku wybrania wszystkich trzech zakresów świadczeń w tej samej przychodni.

Deklaracja dla noworodka

Jeżeli dziecko do 6. miesiąca życia nie ma nadanego numeru ewidencyjnego PESEL, może być zgłoszone na listę lekarza/pielęgniarki/położnej POZ na podstawie dowodu ubezpieczenia rodzica lub opiekuna prawnego. Po nadaniu dziecku numeru PESEL, najpóźniej po ukończeniu przez nie 6. miesiąca życia, rodzic powinien złożyć ponowną deklarację, ponieważ po tym czasie system informatyczny NFZ zaznaczy deklarację dziecka jako nieaktywną.

Limity osób objętych opieką

Liczba osób objętych opieką jednego lekarza POZ **nie powinna przekroczyć 2750 osób**.

Liczba osób objętych opieką przez jedną pielęgniarkę POZ **nie powinna przekroczyć 2750 osób**.

Liczba osób objętych przez jedną położną POZ **nie powinna przekroczyć 6600 osób** (dziewczęta i kobiety oraz noworodki i niemowlęta obojga płci do ukończenia drugiego miesiąca życia).

Poprzez działania ukierunkowane na profilaktykę i promocję zdrowia, diagnostykę schorzeń, ale także na leczenie, zapobieganie i ograniczanie niepełnosprawności, podstawowa opieka zdrowotna ma decydujący wpływ na stan zdrowia pacjenta i jego rodziny.

Realizując powyższe zadania:

Lekarz POZ

kieruje na badania laboratoryjne

Wykaz badań diagnostycznych, za które płaci lekarz POZ, jest ściśle określony (patrz s. 103).

Wszystkie badania wykonywane są na zlecenie lekarza. Jeżeli w wyniku udzielonej porady zachodzi konieczność ich wykonania, lekarz wskazuje pacjentowi laboratorium, w którym zostaną one wykonane.

W przypadku uzasadnionym medycznie, materiał do badań laboratoryjnych może być pobrany w domu pacjenta.

Zlecenie na pobranie materiału wystawia lekarz POZ, który we własnym zakresie i na własny koszt zapewnia także pojemniki na materiały do zleconych badań oraz pojemnik zbiorczy do transportu pobranych próbek. Zlecenie lekarza POZ wykonuje pielęgniarka, do której pacjent jest zadeklarowany.



Zawsze należy wskazać pacjentowi pracownię lub laboratorium, które wykona zleczone badanie.

kieruje na kosztowne badania diagnostyczne

W medycznie uzasadnionych przypadkach lekarz POZ może skierować pacjenta na kosztowne badania diagnostyczne, takie jak tomografia czy rezonans (tzw. ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne – ASDK). Skierowanie musi jednak wynikać z procesu leczenia i diagnostyki prowadzonego przez lekarza POZ, a nie z zaleceń nieposiadających umowy z NFZ lekarzy.

kieruje pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala

Lekarz POZ kierując pacjenta lekarza specjalisty lub do szpitala zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.

wypisuje recepty według zalecenia lekarza specjalisty

Lekarz POZ może wystawić pacjentowi receptę na leki, które zastosował lekarz w poradni specjalistycznej, jeżeli otrzyma informację o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym o okresie ich stosowania i dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, wydaną przez lekarza specjalistę.

kieruje na zabiegi w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta

W gabinecie zabiegowym wykonywane są zabiegi oraz procedury pozostające w kompetencjach lekarza POZ i wymagające jego udziału, związane bezpośrednio z udzielaną poradą lekarską. W sytuacji uzasadnionej stanem zdrowia pacjenta, zabiegi mogą być wykonywane także w domu pacjenta. Jeśli jakieś zlecenie ma wykonać pielęgniarka, lekarz wydaje skierowanie do tej pielęgniarki, do której pacjent jest zadeklarowany.

kieruje na rehabilitację

Lekarz POZ może wystawić pacjentowi skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane w poradni rehabilitacyjnej lub w domu pacjenta. Wyjątkiem są skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne związane z leczeniem wad postawy oraz dysfunkcją narządu ruchu, których przyczyną są te wady. W takich przypadkach lekarz POZ wystawia skierowanie do poradni rehabilitacyjnej lub ortopedycznej.



Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne należy zarejestrować we właściwej placówce ciągu 30 dni od daty wystawienia, w innym przypadku starci ono swoją ważność. Lekarz POZ ma obowiązek poinformować pacjenta o konieczności rejestracji skierowania w wymaganym terminie.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej, w przypadkach nie kwalifikujących się do rehabilitacji leczniczej, lekarz rodzinny kieruje dziecko na zajęcia korekcyjno-kompensacyjne organizowane w szkołach i finansowane ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów.

Lekarz POZ może wystawiać pacjentowi skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową realizowaną w ośrodku/oddziale dziennym rehabilitacji.

kieruje na leczenie uzdrowiskowe

Wystawiając skierowanie na leczenie uzdrowiskowe lekarz POZ bierze pod uwagę aktualny stan zdrowia pacjenta, wskazania i ewentualne przeciwwskazania. Skierowanie przesyłane jest do oddziału NFZ. Do skierowania lekarz dołącza aktualne wyniki podstawowych badań, wykonanych na swoje zlecenie i swój koszt:

» badania dla dorosłych:

OB, morfologia krwi, mocz, RTG klatki piersiowej (ważność badania RTG wynosi 2 lata od dnia badania), EKG (ważność badania wynosi 6 miesięcy od dnia badania) oraz zaświadczenie potwierdzające rozpoznanie zasadnicze będące podstawą wystawienia skierowania.

» badania dla dzieci:

OB, morfologia, mocz, badanie kału na obecność jaj pasożytów (ważne w dniu wyjazdu dziecka do uzdrowiska)

Skierowanie **jest ważne 12 miesięcy** licząc od dnia jego wystawienia. Jeżeli w tym okresie leczenie nie mogło być rozpoczęte, skierowanie jest odsyłane do lekarza kierującego w celu weryfikacji. O utracie ważności skierowania oddział Funduszu powiadamia pisemnie także pacjenta.

Pielęgniarka POZ

Pielęgniarka POZ wykonuje zabiegi na podstawie skierowań i zleceń od lekarzy pracujących w ramach umowy z NFZ. W razie konieczności pobrania materiału do badań diagnostycznych w domu pacjenta pielęgniarka pobiera je wyłącznie na zlecenie lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent.

Dni i godziny przyjęć, w tym wizyt domowych, określa harmonogram pracy pielęgniarki.

W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia udzielane są bezzwłocznie lub w dniu zgłoszenia. W schorzeniach przewlekłych oraz w pozostałych przypadkach pielęgniarka udziela świadczeń w terminie uzgodnionym z pacjentem.

Położna POZ

Sprawuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczą i ginekologiczną nad kobietą oraz opiekę neonatologiczną nad noworodkiem.

Prowadzi edukację kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowuje kobiety do porodu, opracowuje dla nich plan edukacji. Począwszy od 26. tygodnia ciąży aż do rozwiązania sprawuje opiekę w formie wizyt odbywających się nie częściej niż dwa razy w tygodniu.

Ponadto opiekuje się noworodkiem do ukończenia drugiego miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu – do 42 dnia po porodzie.

Realizuje w formie wizyt domowych, pooperacyjną opiekę pielęgnacyjną nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej.

Pielęgniarka szkolna

Pielęgniarka szkolna sprawuje opiekę nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki w miejscu, w którym się uczą i wychowują.

Pod opieką pielęgniarki szkolnej znajdują się uczniowie od klasy zerowej w szkołach podstawowych po ostatnią klasę szkoły ponadgimnazjalnej, do ukończenia przez nich 19. roku życia.

Pielęgniarska opieka domowa w POZ

Pielęgniarską opieką domową w POZ mogą być objęte osoby w każdym wieku, u których występuje ograniczenie sprawności psychofizycznej w wyniku choroby. Stan pacjenta oceniany jest według skali Barthel, w której bierze się pod uwagę czynności życia codziennego (spożywanie posiłków, poruszanie się, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

Pielęgniarska opieka domowa w POZ sprawowana jest w domu pacjenta lub domu pomocy społecznej w którym mieszka, w dni powszednie, od poniedziałku do piątku, pomiędzy godziną 8.00. a 18.00, a w szczególnych przypadkach także w pozostałe dni tygodnia, w godzinach uzgodnionych z pacjentem.



Sprawowanie opieki nad pacjentem przez pielęgniarkę POZ nie zwalnia z obowiązku opieki nad nim rodziny lub opiekunów.

Niezbędne do opieki środki higieniczne i opatrunkowe (wata, lignina, gaza, plastry, bandaże, jałowe gaziki, jałowe opatrunki na rany, szpatałki, kwacze) oraz środki dezynfekcyjne i odkażające – zapewnia pielęgniarka.

Środki higieny osobistej, leki, środki farmakologiczne (w tym specjalistyczne opatrunki do leczenia odleżyn), środki ortopedyczne i pomocnicze oraz sprzęt medyczny, niezbędne do wykonywania czynności higieniczno-pielęgnacyjnych przez pielęgniarkę – zapewnia pacjent, rodzina lub jego opiekun.

Dyżury POZ – wieczorem, w nocy i w dni ustawowo wolne od pracy

Po godzinie 18.00 do 8.00 rano dnia następnego (całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy) pacjent może skorzystać z opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.



Świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej są bezpłatne i udzielane bez skierowania.

Świadczenia realizowane są w dyżurnej przychodni – jednej dla pacjentów znajdujących się pod opieką różnych lekarzy POZ. Każdy pacjent powinien zawnoczu dowiedzieć się w swojej przychodni, gdzie taka opieka jest sprawowana.



Informacja o zasadach świadczenia opieki nocnej i świątecznej musi być umieszczona w widocznym miejscu wewnątrz i na zewnątrz siedziby lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Dyżurujący w przychodni lekarz udziela porad:

- » w warunkach ambulatoryjnych,
- » telefonicznie,
- » w przypadkach medycznie uzasadnionych – w domu pacjenta

Pacjent może skorzystać z tej formy opieki zdrowotnej w przypadku:

- » nagłego zachorowania,
- » nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek zdrowia, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy,
- » gdy zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia.

Skorzystanie ze świadczeń POZ w nocy i w święta uzasadniają między innymi:

- » zaostrzenie dolegliwości znanej choroby przewlekłej (np. kolejny napad astmy oskrzelowej z umiarkowaną dusznością),
- » infekcja dróg oddechowych z wysoką gorączką (wyższą niż 39°C.), szczególnie u małych dzieci i ludzi w podeszłym wieku,
- » bóle brzucha, nieustępujące mimo stosowania leków rozkurczowych,
- » bóle głowy, nieustępujące mimo stosowania leków przeciwbólowych,
- » biegunka lub wymioty, szczególnie u dzieci lub osób w podeszłym wieku,
- » zatrzymanie wiatrów, stolca lub moczu,

- » nagłe bóle krzyża, kręgosłupa, stawów, kończyn itp.,
- » zaburzenia psychiczne (z wyjątkiem agresji lub dokonanej próby samobójczej – wtedy należy wezwać pogotowie ratunkowe).

Pacjentom przysługują także zabiegi pielęgniarские w ramach porady udzielonej przez lekarza dyżurującego w POZ oraz zabiegi wynikające z ciągłości leczenia. Zabiegi te mogą być wykonywane przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym lub w domu pacjenta.

W ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej **nie można uzyskać**:

- » wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem,
- » recepty na stosowane stale leki w związku ze schorzeniem przewlekłym,
- » rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia,
- » skierowania do specjalisty.

Profilaktyczne programy zdrowotne

W ramach prowadzonej profilaktyki pacjenci mogą skorzystać z bezpłatnych badań w kierunku wybranych chorób, finansowanych przez NFZ lub przez ministerstwo zdrowia. Niektóre z programów realizowane są w całym kraju, część – tylko w niektórych województwach.

W celu sprawdzenia, które z programów profilaktycznych prowadzone są w danym województwie należy skontaktować się z właściwym oddziałem Funduszu lub zapytać o to lekarza POZ.

Adresy i telefony oddziałów NFZ znajdują się w załączniku do publikacji (patrz s. 109).

Program profilaktyki raka piersi (mammografia)

Program adresowany jest do kobiet, które:

- » są w wieku 50-69 lat;
- » nie miały wykonywanej mammografii w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w ciągu ostatnich dwóch lat lub otrzymały w ramach programu profilaktyki raka piersi w 2008 r. pisemne wskazanie do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach;
- » nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi.

Program profilaktyki raka szyjki macicy (cytologia)

Program adresowany jest do kobiet, które:

- » są w wieku 25-59 lat;
- » nie miały wykonywanej cytologii w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w ciągu ostatnich trzech lat.

Na wykonywane w ramach programów profilaktycznych badania mammograficzne i cytologiczne mogą zgłaszać się bez skierowania wszystkie kobiety, które spełniają powyższe kryteria. Potrzebny jest tylko dokument potwierdzający ubezpieczenie.

Program profilaktyki gruźlicy

Program adresowany jest do osób powyżej 18 roku życia, które:

- » nie miały w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, a w szczególności:
 - miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą;
 - mają trudne warunki życiowe, mogące znacząco wpłynąć na wystąpienie choroby (osoby niepełnosprawne, obciążone długotrwałą chorobą, obciążone problemem alkoholowym i narkomanią).

Program badań prenatalnych

Program adresowany jest do kobiet w ciąży spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- » ukończone 35 lat;
- » aberracje chromosomalne u płodu w poprzedniej ciąży;
- » występowanie w rodzinie strukturalnych aberracji chromosomowych;
- » znacznie zwiększone ryzyko urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenicznie lub wieloczynnikowo;
- » nieprawidłowe stężenie biochemicznych markerów dobrostanu lub nieprawidłowy wynik badania USG w obecnej ciąży;

Program profilaktyki chorób układu krążenia

Program adresowany jest w szczególności do osób obciążonych czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, które:

- » są w wieku 35, 40, 45, 50 lub 55 lat (w 2009 r. są to osoby urodzone w latach 1974, 1969, 1964, 1959 i 1954);
- » u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia;
- » w okresie ostatnich pięciu lat nie korzystały z badań w ramach programu.

Program profilaktyki chorób odtytoniowych – etap specjalistyczny

Program adresowany jest do osób powyżej 18. roku życia, które palą papierosy lub są narażone na działanie dymu tytoniowego, skierowanych z etapu podstawowego programu realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania.

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Program kierowany jest do osób:

- » w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego, które nie mają objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego;
- » po 40. roku życia, z obciążeniem genetycznym, które mają co najmniej jednego krewnego pierwszego stopnia z rozpoznaniem rak jelita grubego;
- » w wieku 25-65 lat z rodzin szczególnego ryzyka (tzw. rodziny HNPCC). W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny HNPCC w poradni genetycznej. Członkowie takiej rodziny powinni mieć powtarzane kolonoskopie co 2-3 lata, chyba, że badanie genetyczne wskaże, iż u danej osoby nie ma mutacji genetycznych i może ona być zwolniona z wykonywania kontrolnych kolonoskopii.

Do badań nie kwalifikują się osoby, które miały wykonane badanie kolonoskopowe w ciągu ostatnich dziesięciu lat.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są udzielane w poradniach specjalistycznych lub w innych komórkach organizacyjnych lecznictwa ambulatoryjnego (także w domu chorego) przez lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje albo inną osobę, która uzyskała uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych.

Świadczenia te realizowane są przez poprzez:

- » badanie lekarskie;
- » udzielanie albo zlecenie niezbędnych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych;
- » ordynowanie koniecznych leków;
- » zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi;
- » kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację leczniczą;
- » orzekanie o stanie zdrowia w zakresie określonym w ustawie;
- » niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych;
- » wykonywanie badań profilaktycznych;

Pacjenci przyjmowani są do poradni specjalistycznych na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ.

Lekarz wystawiający skierowanie do specjalisty może wskazać, czy pacjent wymaga udzielenia porady w domu. Potrzebę takiej wizyty może



Zazwyczaj skierowanie jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Jeśli pacjent kontynuuje terapię w kolejnym roku kalendarzowym nie musi dostarczać nowego skierowania

również w razie konieczności zgłosić pacjent lub jego opiekun. Lekarz z poradni specjalistycznej ma obowiązek, w przypadkach uzasadnionych medycznie, do udzielania świadczeń w także formie porad domowych.

Skierowanie do specjalisty nie jest wymagane u dermatologa, ginekologa i położnika, okulisty, onkologa, psychiatry oraz wenerologa.

Organizacja pracy poradni

Poradnia specjalistyczna powinna być czynna nie krócej niż trzy razy w tygodniu po cztery godziny dziennie, w tym:

- » co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych między godziną 8.00 a 12.00,
- » co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 18.00,

chyba że został uzgodniony innych harmonogram pracy poradni, odpowiadający ustalonej liczbie świadczeń. Średni czas trwania wizyty u specjalisty wynosi 15-20 minut.

W przypadku nieobecności lekarza w pracy świadczeniodawca ma obowiązek poinformować pacjentów o sposobie zorganizowania opieki



W przypadku nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta świadczenie w poradni specjalistycznej winno być zrealizowane w trybie nagłym, czyli w dniu zgłoszenia. Decyzję o przyjęciu pacjenta w trybie nagłym podejmuje lekarz.

w tym okresie. Jeśli świadczeniodawca ma siedzibę w innym miejscu niż to, w którym wykonuje świadczenia, informacja powinna być umieszczona w obu miejscach.

Porada recepturowa, w ramach której lekarz bada pacjenta i ordynuje leki nie może być realizowane częściej niż co 14 dni.

W ramach porady kompleksowej lekarz specjalista ma obowiązek określić zasady dalszego postępowania leczniczego i wydać zaświadczenie lekarskie przeznaczone dla lekarza kierującego, a w przypadku świadczeń bez skierowania – dla lekarza POZ, do którego pacjent jest zadeklarowany.

Lekarz specjalista

W ramach udzielanych porad:

kieruje na badania

O potrzebie kierowania na badanie decyduje lekarz. Lekarz specjalista może kierować na wszystkie badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby, postawienia diagnozy i prowadzenia terapii.

Badania diagnostyczne, na które kieruje lekarz specjalista, wykonywane są na podstawie skierowania **w miejscu wskazanym przez lekarza**.

Na badania takie jak rezonans czy tomografia (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne – ASDK), kieruje również lekarz z poradni specjalistycznej. Pacjent może je jednak wykonać w wybranej przez siebie pracowni, laboratorium czy zakładzie diagnostycznym, z którymi NFZ podpisał odrębne umowy.

Specjalista, do którego skierowanie nie jest wymagane, sam zleca wykonanie potrzebnych mu badań.

kieruje na badania kontrolne

Jeżeli pacjent objęty stałą opieką specjalistyczną wymaga wykonania badań kontrolnych, skierowanie wystawia lekarz z poradni specjalistycznej. Świadczeniodawca pokrywa także koszty wykonania zleconych badań.

Dotyczy to również lekarza specjalisty, do którego pacjent ma prawo zgłosić się bez skierowania.



Pacjent nie ponosi żadnych kosztów badań. Pobieranie dodatkowych opłat za badanie (np. za baterie do aparatu Holtera) jest niczym nieuzasadnione.

kieruje do innego specjalisty

Lekarz specjalista może skierować pacjenta do innego lekarza specjalisty. O taką konsultację może wystąpić do lekarza prowadzącego także sam pacjent.

Jeżeli pacjent jest kierowany z jednej poradni specjalistycznej do innej, wraz ze skierowaniem powinny zostać przekazane wszystkie dostępne wyniki badań.

kieruje do szpitala

Jeżeli pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz z poradni specjalistycznej wystawia skierowanie do szpitala.

Dołącza do niego wyniki badań diagnostycznych umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

informuje lekarza POZ

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący pacjenta w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego informowania lekarza rodzinnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, ich dawkowaniu i czasie stosowania oraz o wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Lekarz specjalista wystawia pacjentowi zaświadczenie z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią, na podstawie którego lekarz rodzinny może wystawiać recepty przez okres wskazany w zaświadczeniu od lekarza specjalisty.

Leczenie szpitalne

Jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty w trybie ambulatoryjnym, pacjent może zostać skierowany na dalsze leczenie w szpitalu.

Pacjent ma prawo wyboru szpitala, który ma podpisaną umowę z NFZ. Może wybrać dowolną placówkę na terenie całej Polski.

Do szpitala pacjent jest przyjmowany na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza. W przypadku braku możliwości przyjęcia do szpitala w dniu zgłoszenia, pacjent powinien zostać wpisany na listę oczekujących.



Skierowanie do szpitala może być wystawione również przez lekarza, **który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego**, np. przez lekarza leczącego „prywatnie”, bez umowy z NFZ.

Pacjent przyjmowany do szpitala powinien przedstawić dowód potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne. W przypadku stanu nagłego dokument ten może zostać przedstawiony w innym czasie nie później jednak, niż w terminie 30. dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia, jeśli pacjent przebywa w szpitalu, lub w terminie 7. dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia. W razie nieprzedstawienia dokumentu w podanych terminach pacjent będzie obciążony kosztami świadczenia.

W przypadku zakwalifikowania pacjenta do leczenia w oddziale szpitalnym, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych leży po stronie szpitala.

Przyjętemu pacjentowi szpital zapewnia bezpłatne leki, których zażywanie wynika z przyczyn hospitalizacji oraz wyroby medyczne, konieczne do realizacji leczenia.

Pacjent przebywający w szpitalu może skorzystać z dodatkowej, płatnej opieki pielęgniarskiej. Opieka taka nie może jednak polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

W czasie pobytu pacjenta w szpitalu lekarz POZ nie może wystawiać zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne, w tym na pieluchomajtki.

Nie może także ordynować leków, których konieczność zażywania wynika z przebiegu hospitalizacji.

Lekarz leczący chorego w szpitalu zobowiązany jest do pisemnego informowania lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym okresie ich stosowania i sposobu dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Pacjent po zakończeniu hospitalizacji (także w szpitalnym oddziale ratunkowym) powinien otrzymać kartę informacyjną oraz, w zależności od potrzeb, informację dla lekarza POZ, recepty, zwolnienie lekarskie, skierowania do lekarzy specjalistów.

Transport

Transport sanitarny w POZ

Transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej przysługuje pacjentom w następujących sytuacjach:

- » kiedy zachodzi konieczność leczenia określonego schorzenia w innym zakładzie opieki zdrowotnej – z wyłączeniem stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia;
- » dla zachowania ciągłości leczenia – gdy jest ono realizowane przez lekarza POZ.

Świadczenie obejmuje przejazd z miejsca zamieszkania pacjenta do świadczeniodawcy i z powrotem.

Decyzję o konieczności zapewnienia pacjentowi transportu sanitarnego podejmuje lekarz. On też ocenia, czy transport będzie bezpłatny, częściowo lub całkowicie odpłatny. Informacja o odpłatności powinna zostać odnotowana przez lekarza na zleceniu.



Karetka pogotowia ratunkowego nie może być używana do transportu sanitarnego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Istnieje bowiem ustawy zakaz używania karetek pogotowia do innych celów niż ratunkowe.

Odpłatność

- » **transport bezpłatny** – przysługuje osobom z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego bez względu na schorzenie pacjenta;
- » **transport częściowo płatny lub pełnopłatny** – przysługuje osobom, u których nie występuje niepełnosprawność wynikająca z dysfunkcji narządu ruchu.

W zależności od wskazań medycznych, określa się dwa stopnie niesprawności:

- » kiedy osoba zdolna jest do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby i do korzystania ze środków transportu publicznego mówimy o **niesprawności I stopnia**. Pacjent ponosi wtedy całkowity koszt przewozu środkiem transportu sanitarnego.
- » gdy osoba zdolna jest do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga pomocy innej osoby przy korzystaniu ze środków transportu publicznego lub wymaga korzystania z pojazdów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, jest to **niesprawność II stopnia**. W tym przypadku udział pacjenta w kosztach transportu wynosi 60%.

Do ubiegania się o możliwość skorzystania z przejazdu środkami transportu sanitarnego w celach medycznych (z wyjątkiem stanów nagłego zagrożenia lub życia) za pełną lub częściowo odpłatnością uprawniają:

- » choroby krwi i narządów krwiotwórczych,
- » choroby nowotworowe,
- » choroby oczu,
- » choroby przemiany materii,
- » choroby psychiczne i zaburzenia zachowania,
- » choroby skóry i tkanki podskórnej,
- » choroby układu krążenia,
- » choroby układu moczowo-płciowego,
- » choroby układu nerwowego,
- » choroby układu oddechowego,
- » choroby układu ruchu,
- » choroby układu trawiennego,

- » choroby układu wydzielania wewnętrznego,
- » choroby zakaźne i pasożytnicze,
- » urazy i zatrucia,
- » wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe.



Chory pokrywa koszty transportu wynikające z różnicy odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym a docelowym, wskazanym w skierowaniu na transport sanitarny.

Transport sanitarny „daleki” w POZ

Aby skorzystać z transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ pacjent (lub jego rodzina) powinien wystąpić z wnioskiem do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Wniosek taki należy złożyć w oddziale Funduszu, do którego należy pacjent. Po rozpatrzeniu wniosku, dyrektor oddziału Funduszu wyda pisemnie stosowną decyzję.

Z transportu „dalekiego” w POZ pacjent może skorzystać w następujących sytuacjach:

- » kiedy z przyczyn losowych pacjent musiał skorzystać z pomocy medycznej w szpitalu za granicą, a jego stan zdrowia w momencie wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do domu. Taki transport jest realizowany od granicy Polski do miejsca zamieszkania pacjenta;
- » kiedy z przyczyn losowych pacjent musiał skorzystać z pomocy medycznej w zagranicznym szpitalu, ale wymaga kontynuacji leczenia w kraju, a stan jego zdrowia pozwala na uzyskanie wypisu i nie ma medycznych przeciwwskazań do przewozu ambulansem. W takim przypadku pacjent jest przewożony od granicy Polski do szpitala, który jest położony najbliżej jego domu i w którym możliwe jest kontynuowanie leczenia.

W powyższych przypadkach należy dołączyć do wniosku zaświadczenie sporządzone w języku polskim, a przygotowane przez zagraniczny szpital, który realizował leczenie.

- » kiedy z przyczyn uzasadnionych medycznie pacjent musi korzystać ze świadczeń konkretnej poradni specjalistycznej oddalonej o ponad

60 km (więcej niż 120 km „tam i z powrotem”), a ogólny stan jego zdrowia nie pozwala na samodzielne dotarcie do poradni. Transport przysługuje wtedy z miejsca zamieszkania pacjenta do najbliższego świadczeniodawcy, który udzieli mu świadczeń i z powrotem;

- » kiedy pacjent musi ze względów medycznych korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, które realizowane są jedynie przez niektóre poradnie, do których odległość z miejsca zamieszkania pacjenta przekracza 120 km „tam i z powrotem”, a ogólny stan zdrowia chorego nie pozwala na samodzielny dojazd do poradni. Transport przysługuje wtedy od domu pacjenta do poradni i z powrotem;

W takich przypadkach należy koniecznie dołączyć do wniosku zaświadczenie z poradni specjalistycznej, która ma wykonać świadczenie.



W każdym przypadku lekarz rodzinny potwierdza zasadność realizacji transportu dalekiego i wskazuje, kto ma zrealizować przewóz.

Opieka stomatologiczna

Stomatologia zajmuje się leczeniem chorób zębów, przyzębia i jamy ustnej. Pacjent, który chce skorzystać z porady dentysty w tym zakresie, ma prawo wyboru dowolnej placówki lub lekarza stomatologa, udzielających świadczeń na podstawie umowy z NFZ na terenie całego kraju. Skierowanie do stomatologa nie jest wymagane.



Pacjentowi zgłaszającemu się z bólem, świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia.

Gwarantowane świadczenia stomatologiczne z użyciem gwarantowanych materiałów stomatologicznych (patrz s. 106) są bezpłatne – pacjent nie ponosi kosztów ich udzielenia.

Dopłata do materiałów stomatologicznych innych niż gwarantowane

Jeżeli pacjent wyrazi taką wolę, ma możliwość skorzystania ze świadczeń stomatologicznych, które wykonywane są przy pomocy ponadstandardowych materiałów stomatologicznych. Wiąże się to z dodatkową opłatą, którą będzie musiał uiścić pacjent. Dopłata stanowi różnicę pomiędzy ceną jednostkową świadczenia z użyciem materiałów innych niż gwarantowane, a ceną jednostkową świadczenia z użyciem materiałów gwarantowanych w ramach umowy z Funduszem. Świadczeniodawca, który zamierza udzielać świadczeń za dopłatą, obowiązany jest do umieszczenia w widocznym miejscu informacji o możliwości uzyskania takiego świadczenia oraz cennika dopłat.



Świadczeniodawca zobowiązany jest do umieszczenia w widocznym miejscu wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty i materiałów stomatologicznych, zgodnego z rozporządzeniem ministra zdrowia.

Świadczenia za dopłatą wykonywane są każdorazowo na pisemny wniosek pacjenta (dołączany do dokumentacji medycznej).

Dopłata dotyczy wyłącznie wypełnienia ubytku zęba. Nie dotyczy materiałów stosowanych do wykonania aparatów ortodontycznych, protez zębowych, środków do znieczuleń oraz leczenia endodontycznego.

Wszystkim ubezpieczonym przysługują, między innymi:

- » badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej jeden raz w roku;
- » badanie lekarskie kontrolne trzy razy w roku;
- » do dwóch zdjęć wewnątrzustnych w ciągu roku w związku z wykonywanymi świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych;
- » znieczulenie w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi;
- » leczenie choroby próchnicowej zębów;
- » świadczenia z zakresu leczenia endodontycznego zębów z wyłączeniem zębów przedtrzonowych i trzonowych;
- » usunięcie złożeń nazębnych jeden raz w roku w obrębie całego uzębienia;
- » leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej;
- » usunięcie zęba oraz niektóre zabiegi chirurgiczne;

Gwarantowane leczenie protetyczne

W ramach bezpłatnych świadczeń pacjentowi przysługuje gwarantowane leczenie protetyczne. Pacjent ma prawo do leczenia z zastosowaniem protez akrylowych w szczęcie i zuchwie raz na pięć lat (przy minimum pięciu brakujących zębach).

Raz na dwa lata pacjentowi przysługuje prawo do naprawy protezy (także w większym zakresie, np. z wyciskiem lub podścieleniem protezy).

Pacjent potwierdza prawo do uzyskania uzupełnienia protetycznego składając pisemne oświadczenie.



Świadczeniodawca ma obowiązek zweryfikować prawo pacjenta do uzyskania uzupełnienia protetycznego oraz prawa do naprawy uzupełnienia protetycznego.

Odbiór wykonanej protezy zębowej, aparatu ortodontycznego lub ich naprawy powinien zostać potwierdzony przez pacjenta na zleceniu.

Gwarantowane leczenie ortodontyczne wad zgryzu

W ramach gwarantowanego leczenia ortodontycznego wad zgryzu pacjentowi przysługuje:

- » leczenie z zastosowaniem aparatu ruchomego – do końca 12. roku życia;
- » kontrola aparatu wykonanego w ramach świadczeń gwarantowanych – do ukończenia 13. roku życia;
- » zdjęcie pantomograficzne – jeden raz w trakcie całego leczenia ortodontycznego;
- » naprawa aparatu jeden raz w roku kalendarzowym – do ukończenia 13. roku życia;
- » korekcyjne szlifowanie zębów;
- » proteza dziecięca częściowa i całkowita.

Dodatkowe świadczenia gwarantowane

Dodatkowe gwarantowane świadczenia przysługują dzieciom i młodzieży do 18. roku życia oraz kobietom w ciąży i połogu.

Dzieciom i młodzieży do 18. roku życia przysługują dodatkowo, między innymi:

- » pierwsza wizyta adaptacyjna dzieci do ukończenia 6. roku życia;
- » zabezpieczenie lakiem bruzd zębów szóstych w ramach profilaktyki – jeden raz do ukończenia 7. roku życia;
- » lakierowanie wszystkich zębów stałych;
- » impregnacja zębiny zębów mlecznych;
- » całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba mlecznego;
- » kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych;
- » leczenie endodontyczne wszystkich zębów z wyłączeniem leczenia zębów z miazgą zgorzelinową posiadających trzy i więcej kanałów;
- » leczenie chorób przyzębia;
- » zabiegi chirurgiczne takie jak: operacyjne odsłonięcie zatrzymanego

zęba, operacyjne usunięcie zawiązków zębów ze wskazań ortodontycznych, resekcja wierzchołka korzenia zębów przednich.

Kobietom w ciąży i połogu przysługują między innymi dodatkowo:

- » usunięcie złogów nazębnych – nie częściej niż jeden raz na 6 miesięcy;
- » badania kontrolne – nie częściej niż jeden raz na kwartał;
- » leczenie endodontyczne podobnie jak u dzieci.

Osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługuje:

- » znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych,
- » kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień.

Potwierdzenie prawa do dodatkowych świadczeń

Dokumentem potwierdzającym prawo do dodatkowych świadczeń jest:

- » **dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia** – karta ubezpieczenia zdrowotnego lub dokument stwierdzający tożsamość lub skrócony odpis aktu urodzenia,
- » **dla kobiet w ciąży** – karta przebiegu ciąży i karta ubezpieczenia zdrowotnego lub karta przebiegu ciąży i dokument stwierdzający tożsamość,
- » **dla kobiet w okresie połogu** – skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i karta ubezpieczenia zdrowotnego lub skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i dokument stwierdzający tożsamość,
- » **dla osób niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym i znacznym** – orzeczenie o niepełnosprawności.

Leczenie uzdrowiskowe

Leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego pacjenta, którego celem jest rehabilitacja, leczenie chorób przewlekłych oraz profilaktyka, przy wykorzystaniu między innymi naturalnych zasobów leczniczych.

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia pacjenta, brak wskazań lub istniejące przeciwwskazania oraz wpływ leczenia uzdrowiskowego na stan zdrowia pacjenta.

Lekarz lub sam pacjent przesyła skierowanie w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem „skierowanie na leczenie uzdrowiskowe” do oddziału wojewódzkiego NFZ.



Oddział Funduszu prowadzi listę osób oczekujących na potwierdzenie skierowania. Każdy pacjent ma prawo do informacji o swoim miejscu na liście.

Ocenę celowości skierowania przeprowadza lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej oddziału wojewódzkiego Funduszu, wskazując rodzaj i miejsce leczenia uzdrowiskowego. Jeżeli stwierdzi przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia uzdrowiskowego, nie potwierdza skierowania. Zwracane jest ono lekarzowi, który je wystawił, a pisemna informacja przekazywana jest pacjentowi. Decyzja jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

Okres ważności skierowania na leczenie uzdrowiskowe wynosi 12 miesięcy od daty wystawienia skierowania. Skierowanie po utracie ważności odsyłane jest do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego celem weryfikacji, a pacjent powiadamiany jest pisemnie o utracie jego ważności.

Lekarzowi oceniającemu skierowanie przysługuje także prawo dokonania zmiany kwalifikacji skierowania.

Leczenie dzieci

Dzieci od 3. do 18. roku życia kierowane są na uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne. Leczenie jest bezpłatne.

Dzieci od 3. do 6. roku życia mogą być kierowane na leczenie uzdrowiskowe same lub pod nadzorem opiekuna prawnego. Leczenie dzieci jest bezpłatne, opiekunowie natomiast ponoszą pełną odpłatność za pobyt.

Dzieci uczęszczające do szkoły podstawowej lub gimnazjum kierowane są na leczenie uzdrowiskowe przez cały rok, młodzież ponadgimnazjalna korzysta z leczenia uzdrowiskowego w okresie wolnym od nauki.

Czas trwania leczenia uzdrowiskowego

Pobyt **w szpitalu uzdrowiskowym** trwa 21 dni i jest bezpłatny. Osoba pracująca otrzymuje w tym czasie zwolnienie lekarskie.

Pobyt **w sanatorium uzdrowiskowym** trwa 21 dni i jest częściowo odpłatny. Osoba pracująca odbywa go w ramach urlopu wypoczynkowego.

Pobyt **w szpitalu uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej** trwa 28 dni, jest bezpłatny i odbywa się w ramach zwolnienia lekarskiego.

Pobyt **w sanatorium uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej** trwa 28 dni, jest częściowo odpłatny i odbywa się w ramach urlopu wypoczynkowego.



W przypadku osób dorosłych zalecane jest korzystanie z ambulatoryjnego i sanatoryjnego leczenia uzdrowiskowego oraz rehabilitacji w sanatorium uzdrowiskowym nie częściej, niż raz na 12 miesięcy.

Odpłatność

Zakwaterowanie i wyżywienie w sanatorium uzdrowiskowym jest odpłatne. Wysokość opłaty za jeden dzień pobytu pacjenta dla turnusów 21-dniowych oraz 28-dniowych zależy od standardu pokoju. Stawkę określa minister zdrowia.



NFZ nie organizuje podróży do sanatorium oraz nie pokrywa jej kosztów.

Od 15 marca 2009 r. częściowa odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania za jeden dzień pobytu wynosi:

Standard		I sezon 1 X - 30 IV (w złotych)	II sezon 1 V - 30 IX (w złotych)
I	pokój jednoosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	25,00	31,50
	pokój jednoosobowy w studio	20,00	28,50
II	pokój jednoosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	19,00	25,50
III	pokój dwuosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	15,00	21,00
	pokój dwuosobowy w studio	13,00	19,00
IV	pokój dwuosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	11,00	15,00
V	pokój wieloosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	9,50	11,50
	pokój wieloosobowy w studio	9,00	10,50
VI	pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	8,00	9,00

Pacjent ponosi koszty opłaty klimatycznej.

Zabiegi realizowane w ramach potwierdzonego uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego są bezpłatne. Pacjent ponosi natomiast koszty pobytu (we własnym zakresie zapewnia sobie zakwaterowanie i wyżywienie).

Rezygnacja

W przypadku rezygnacji z leczenia uzdrowiskowego należy bezzwłocznie zwrócić skierowanie do oddziału Funduszu. Każda rezygnacja powinna być uzasadniona i udokumentowana pisemnie.

Jeżeli powodem rezygnacji jest wypadek losowy lub choroba ubezpieczonego (np. pobyt w szpitalu) potwierdzone odpowiednim dokumentem Fundusz wyznaczy nowy termin realizacji skierowania.

Rehabilitacja

Rehabilitacja to kompleksowe postępowanie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym, czyli poprawę jakości życia.

Świadczenia rehabilitacji leczniczej realizowane są:

- » w warunkach ambulatoryjnych,
- » w warunkach domowych,
- » w ośrodku lub oddziale dziennym.

Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku dysfunkcji narządu ruchu wywołanej wadami postawy – lekarz poradni rehabilitacji leczniczej lub poradni ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w tym poradni wad postawy).

NFZ finansuje do pięciu zabiegów dziennie w 10-dniowym cyklu terapeutycznym.



Skierowanie straci ważność jeżeli nie zostanie zarejestrowane w zakładzie rehabilitacji w terminie 30. dni od daty wystawienia.

Rehabilitacja w warunkach domowych

Przeznaczona jest dla pacjenta, który nie porusza się samodzielnie i nie ma możliwości dotarcia do placówki rehabilitacyjnej.

Po otrzymaniu skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego pacjent ustala w gabinecie/ zakładzie rehabilitacyjnym, który ma podpisaną umowę z NFZ, termin wizyty fizjoterapeutycznej w domu.



Każdy zakład rehabilitacyjny mający kontrakt z NFZ ma obowiązek świadczyć opiekę domową dorosłym i dzieciom.

Czas rehabilitacji w warunkach domowych wynosi do 80. dni zabiegowych

w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia. W jej trakcie wykonywanych jest do pięciu zabiegów dziennie.



Pacjent lub opiekun potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia własnoręcznym podpisem w karcie zabiegów.

Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym

Przysługuje pacjentowi, którego stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym

Są to zabiegi obejmujące kompleksową fizjoterapię narządu ruchu, szczególnie ze wskazań ortopedycznych (po urazach, przebytych operacjach lub przewlekle chorych), a także wskazań neurologicznych, reumatologicznych, onkologicznych i pulmonologicznych.

Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym trwa od trzech do sześciu tygodni przez pięć dni w tygodniu, średnio po pięć zabiegów dziennie.

W przypadku dzieci do 18. roku życia o częstotliwości rehabilitacji decyduje lekarz prowadzący.

Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym

Jest to wielospecjalistyczna, kompleksowa rehabilitacja dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym oraz dzieci o zaburzonym rozwoju psychomotorycznym.

Do tego rodzaju rehabilitacji kierują lekarze następujących oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych:

- » neonatologicznej,
- » rehabilitacyjnej,
- » ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- » neurologicznej,

- » reumatologicznej,
 - » chirurgii dziecięcej,
- oraz lekarz poz.

Rehabilitacja słuchu i mowy

Obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno-terapeutyczną nad pacjentem z uszkodzonym słuchem.

Do tego rodzaju rehabilitacji kierują lekarze poradni specjalistycznych:

- » otolaryngologicznej,
- » otolaryngologii dziecięcej,
- » audiologii i foniatryi.

Rehabilitacja wzroku

Obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno-terapeutyczną nad pacjentem z uszkodzonym wzrokiem.

Do tego rodzaju rehabilitacji kierują lekarze poradni specjalistycznych:

- » okulistycznej,
- » neurologicznej.



Czas trwania rehabilitacji zarówno dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, słuchu i mowy, jak i wzroku wynosi do 120 osobodni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia.

Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym

Jest to świadczenie udzielane pacjentom po ostrych przebiegach schorzeń sercowo-naczyniowych (np. zawałach serca) i po przebytych zabiegach kardiochirurgicznych, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych.

Do tego rodzaju rehabilitacji kieruje lekarz:

- » oddziału kardiologii,
- » oddziału kardiochirurgii,

- » oddziału chorób wewnętrznych,
- » poradni kardiologicznej.

Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej ustala lekarz ośrodka dziennego. NFZ finansuje rehabilitację do 24 dni w ciągu kwartału.

Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku lub oddziale dziennym

Rehabilitacja prowadzona jest w naturalnych podziemnych komorach solnych przy wykorzystaniu ich specyficznego mikroklimatu, w celu poprawy sprawności funkcjonowania układu oddechowego.

Czas trwania terapii ustala indywidualnie lekarz ośrodka dziennego i nie może ona być krótsza niż 14 dni i nie dłuższa niż 24 dni.

Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych

Świadczenia te skierowane są do pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowej opieki pielęgniarskiej.

Stacjonarna rehabilitacja ogólnoustrojowa

Przeznaczona jest dla pacjentów, wymagających wszechstronnego postępowania usprawniającego i jednocześnie innych działań terapeutycznych, profilaktycznych, diagnostycznych i edukacyjnych.

Skierowania wystawiane są przez lekarzy specjalistów poszczególnych oddziałów. Do skierowania powinna być dołączona aktualna dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie.

Czas trwania rehabilitacji wynosi od 3 do 6 tygodni, średnio po pięć zabiegów dziennie.

Stacjonarna rehabilitacja neurologiczna

Skierowana jest do pacjentów wszystkich grup wiekowych ze schorzeniami neurologicznymi, wymagających jednocześnie całodobowego nadzoru.

Realizowana jest przez oddziały rehabilitacji neurologicznej i oddziały o profilu ogólnorehabilitacyjnym.

Wybór rodzaju rehabilitacji ustala lekarz oddziału szpitalnego na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta, dysfunkcji układu nerwowego i oceny stopnia niepełnosprawności.

Czas trwania zależy od rodzaju prowadzonej rehabilitacji neurologicznej.

Stacjonarna rehabilitacja pulmonologiczna

Adresowana jest do pacjentów wymagających kontynuacji leczenia powikłanych lub przedłużających się chorób płuc i układu oddechowego. Odbywa się w szpitalu.

Kieruje na nią lekarz oddziału szpitalnego, gdzie odbywało się podstawowe leczenie.

Trwa do 3 tygodni przez 6 dni w tygodniu, średnio pięć zabiegów dziennie.

Stacjonarna rehabilitacja kardiologiczna

Udzielana jest chorym bez powikłań pooperacyjnych lub po ich ustąpieniu. Termin przyjęcia do oddziału rehabilitacji uzgadniają między sobą lekarz oddziału szpitalnego z lekarzem kierującym.

Czas trwania rehabilitacji wynosi do czterech tygodni w przypadku zawału serca lub operacji wieńcowej lub zastawkowej, a do dwóch tygodni po koronaroplastyce (udrożnieniu naczyń wieńcowych), ostrym incydencie wieńcowym bez wykonania koronaroplastyki lub operacjach kardiochirurgicznych bez wykonania sternotomii (przecięcia mostka).

Usprawnianie przez 6 dni w tygodniu obejmuje działania ukierunkowane na profilaktykę chorób układu krążenia, wtórną prewencję i rehabilitację.

Opieka długoterminowa

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ pacjenci mogą korzystać z następujących usług opieki długoterminowej:

- » świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
- » świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze

Świadczenia te są realizowane w zakładach stacjonarnych lub w warunkach domowych. Przeznaczone są dla osób obłożnie i przewlekłe chorych, które nie wymagają pobytu w szpitalu, ale kontynuacji leczenia oraz profesjonalnej opieki i pielęgnacji:

- » wymagających okresowego lub stałego objęcia całodobową pielęgnacją i kontynuacją leczenia;
- » które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, ale są niezdolne do samoopieki i wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia opieki pielęgniarskiej;
- » wymagających stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii.

Sposób i tryb kierowania osób do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w zakładach publicznych określa minister zdrowia. W przypadku zakładów niepublicznych decyzję o przyjęciu podejmuje dyrektor zakładu w porozumieniu z lekarzem zakładu.



Pacjent przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńszym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczna opłata wynosi 250% najniższej emerytury z zastrzeżeniem, że nie może być ona wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu pacjenta w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Koszty badań, leków, wyrobów medycznych i produktów leczniczych, zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń ponosi świadczeniodawca.

Obłożnie chorzy z niewydolnością oddechową, którzy nie wymagają pobytu w zakładach opieki całodobowej, ale wymagają stosowania respiratora mogą skorzystać z **domowej opieki nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie**. Muszą jednak wyrazić świadomą zgodę na ten rodzaj leczenia (w przypadku dzieci wymagana jest zgoda opiekunów prawnych).



Podstawą do objęcia opieką chorego wentylowanego mechanicznie w warunkach domowych jest skierowanie od lekarza prowadzącego pacjenta na oddziale szpitalnym.

Do skierowania należy dołączyć:

- » kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
- » wyniki badań będących w posiadaniu pacjenta lub jego rodziny (opiekunów),
- » kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych, wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

Terapią oddechową przy pomocy respiratora, w warunkach domowych, mogą być objęci pacjenci:

- » z udokumentowanym zakończonym leczeniem przyczynowym;
- » w pełni zdiagnozowani (u których wykonano wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż wentylacja mechaniczna);
- » mający zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, aby podczas terapii mogło być zachowane bezpieczeństwo pacjenta.

Pielęgniarska opieka długoterminowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Pacjenci objęci taką opieką nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych. Ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają jednak systematycznej i intensywnej domowej opieki pielęgniarskiej, realizowanej we współpracy z lekarzem POZ.

Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej mogą być zakwalifikowani pacjenci przewlekle chorzy, niezdolni do samodzielnej opieki i wymagający przynajmniej jednego z wymienionych świadczeń pielęgniarskich przez okres powyżej 2 tygodni:

- » kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia;
- » wykonywania opatrunków;
- » karmienia przez zgłębnik lub przez przetokę;
- » pielęgnacji przetoki;
- » założenia i usunięcia cewnika jako stałe zlecenie lekarskie;
- » płukania pęcherza moczowego;
- » pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheotomijną.

Podstawą objęcia chorego pielęgniarską opieką długoterminową jest:

- » skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- » kwalifikacja pielęgniarska do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową;
- » pisemna zgoda pacjenta (w przypadku dzieci zgoda opiekunów prawnych).

Opieka paliatywna i hospicyjna

Opieka paliatywna i hospicyjna ma na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z codziennymi problemami związanymi z postępującą chorobą. Podejmowane działania mają na celu zapobieganie cierpieniu, niesienie ulgi, leczenie bólu i duszności oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów wraz ze wsparciem dla rodziny pacjenta.

Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielane są w warunkach:

- » **stacjonarnych** – w oddziale medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarnym;
- » **domowych** – w hospicjum domowym;
- » **ambulatoryjnych** – w poradni medycyny paliatywnej.

Świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej udzielane są, w zależności od potrzeb, przez wielodyscyplinarny zespół osób przygotowanych do

opieki nad umierającym. W skład takiego zespołu wchodzi: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog oraz duchowny.

Aby pacjent, którego choroba nie rokuje nadziei na wyleczenie mógł być objęty opieką paliatywną konieczne jest:

- » skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- » zgoda pacjenta, jego rodziny lub opiekuna wyrażona na piśmie. W przypadku dzieci – zgoda rodziców lub opiekunów prawnych, a po 16. roku życia, także chorego dziecka.

W oddziale medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarnym przebywają przede wszystkim pacjenci z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie w schyłkowym okresie życia.

W hospicjum domowym całościową opieką obejmowani są pacjenci z zaawansowanymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu,



Oddział medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarne nie może funkcjonować w ramach innego oddziału szpitalnego. Musi być odrębną komórką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej.

postępującymi, zagrażającymi życiu chorobami przewlekłymi o złym rokowaniu. Pacjentom objętym opieką przysługują co najmniej dwie wizyty lekarskie w miesiącu. Wizyty pielęgniarskie – w zależności od potrzeb, lecz nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu. Wizyty innych członków zespołu hospicjum domowego (psychologa, fizjoterapeuty) ustalane są przez lekarza sprawującego opiekę indywidualnie, w zależności od potrzeb pacjenta.

Poradnia medycyny paliatywnej sprawuje opiekę nad chorymi, których stan ogólny jest stabilny i którzy mogą przybyć do poradni oraz nad chorymi, którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się wymagają wizyt domowych. Porady powinny być udzielane nie częściej niż dwa razy w tygodniu.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skierowane są do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie prowadzone jest ambulatoryjnie, w oddziałach dziennych lub szpitalnych.

W poradni – pacjent ma zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki oraz wyroby medyczne (dotyczy programu substytucyjnego leczenia metadonem oraz leczenia zespołów abstynencyjnych).

W ośrodku dziennym – w trakcie leczenia pacjent ma zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne, posiłek oraz transport sanitarny.

W izbie przyjęć – przez całą dobę pacjent może skorzystać ze świadczeń udzielanych w trybie nagłym (także diagnostyczno-terapeutycznych). Pacjent ma zapewnione zabezpieczenie medyczne oraz transport w przypadku konieczności kontynuowania leczenia specjalistycznego.

W szpitalu – podczas leczenia pacjent ma zapewnione bezpłatnie niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, świadczenia z zakresu profilaktyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, leki, wyroby medyczne, transport sanitarny oraz inne świadczenia związane z pobytem.



Skierowanie pacjenta do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

Zasady udzielania świadczeń

W poradni zdrowia psychicznego (także w poradni dla dzieci i młodzieży i innych poradniach wysokospecjalistycznych, np. leczenia nerwic, seksuologii i patologii współżycia oraz dla osób z autyzmem dziecięcym):

- » pacjent może skorzystać z diagnozy i porady lekarza psychiatry, porady i diagnozy psychologicznej, sesji psychoterapeutycznych;
- » psychiatra udziela porad bez skierowania;
- » skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego jest wymagane do psychologa i psychoterapeuty;

- » pacjent z organicznymi zaburzeniami psychicznymi, schizofrenią lub afektywnymi zaburzeniami nastroju ma prawo do bezpłatnych wizyt domowych lekarza psychiatry, psychologa lub pielęgniarki;
- » w uzasadnionych sytuacjach pacjent ma prawo do bezpłatnego transportu sanitarnego;
- » za świadczenia udzielane na podstawie umowy nie wolno pobierać od ubezpieczonego żadnych dodatkowych opłat, chyba że taka odpłatność przewidziana jest w odrębnych przepisach;
- » w przypadku, gdy pacjent wymaga wykonania badań diagnostycznych w związku z leczeniem psychiatrycznym, skierowanie wydaje i koszty badań pokrywa lekarz psychiatra lub jednostka kierująca;

W poradni leczenia uzależnień

- » pacjent ma prawo do porad lekarskich, terapii prowadzonej przez specjalistę terapii uzależnień, psychologa lub instruktora terapii uzależnień;
- » do poradni leczenia uzależnień nie jest wymagane skierowanie;
- » leczenie pacjentów bez ich zgody odbywa się na podstawie skierowania z gminnej komisji do spraw rozwiązywania problemów alkoholowych lub postanowienia sądu;

Podczas leczenia szpitalnego

- » pacjenci kierowani są na leczenie stacjonarne przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, gabinety prywatne i na mocy postanowienia sądu;
- » skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydaje lekarz po zbadaniu pacjenta. W nagłych przypadkach osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania, po osobistym jej zbadaniu przez lekarza izby przyjęć;
- » leczenie psychiatryczne w całości jest finansowane przez NFZ;
- » w ramach świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić pacjentowi bezpłatne, niezbędne badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze;

- » świadczeniodawcę obowiązuje zakaz wystawiania ubezpieczonemu w trakcie hospitalizacji recept na leki, preparaty diagnostyczne, wyroby medyczne do realizacji w aptekach ogólnodostępnych;
- » przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego;



Świadectwo o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, orzeczenie, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo zakładu opieki zdrowotnej może być wydane przez lekarza wyłącznie po uprzednim osobistym zbadaniu tej osoby.

Stany nagłe. Zagrożenie życia

Stan nagły to stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia lub życia.

Stany nagłe, bezpośrednio zagrażające życiu to między innymi:

- » utrata przytomności,
- » zaburzenia świadomości,
- » drgawki,
- » nagły, ostry ból w klatce piersiowej,
- » zaburzenia rytmu serca,
- » nasiloną duszność,
- » nagły ostry ból brzucha,
- » uporczywe wymioty,
- » gwałtownie postępujący poród,
- » ostre i nasilone reakcje uczuleniowe (wysypka, duszność) będące efektem zażycia leku, ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta,
- » zatrucia lekami, środkami chemicznymi czy gazami,
- » rozległe oparzenia,
- » udar cieplny,
- » wyziębienie organizmu,
- » porażenie prądem,
- » podtopienie lub utonięcie,
- » agresja spowodowana chorobą psychiczną,
- » dokonana próba samobójcza,
- » upadek z dużej wysokości,
- » rozległa rana będąca efektem urazu,
- » urazy kończyn dolnych, uniemożliwiające samodzielne poruszanie się.

W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, należy wezwać karetkę pogotowia ratunkowego.

Aby wezwać pogotowie ratunkowe, należy zadzwonić:

- » z telefonu stacjonarnego na numer **999**,
- » z telefonu komórkowego na numer **999** lub **112**.

Najważniejsze informacje, które należy podać po zgłoszeniu dyspozytora:

- » dokładne miejsce zdarzenia (adres, lokalizacja, punkty orientacyjne),
- » powód wezwania,
- » kto potrzebuje pomocy,
- » kto wzywa zespół ratownictwa medycznego.

Należy odpowiadać na pytania dyspozytora, dostosować się do jego zaleceń w zakresie udzielenia pierwszej pomocy. Przyjęte wezwanie powinno zostać potwierdzone przez dyspozytora.



W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie i bez skierowania, a pacjent ma prawo skorzystać z pomocy pielęgniarki, położnej, lekarza, czy też szpitala, **którzy nie mają podpisanej umowy z Funduszem**.

Ratownictwo medyczne

Zadania związane bezpośrednio z ratowaniem zdrowia i życia w stanach nagłych realizowane są w ramach systemu ratownictwa medycznego. Po przyjeździe na miejsce wezwania, ratownicy udzielają choremu pierwszej pomocy i – gdy jest taka potrzeba – zawożą go do szpitala. Pacjent nie ma wpływu na to, do którego szpitala zostanie przewieziony. Udzielający pomocy doraźnej zespół ratownictwa medycznego transportuje bowiem chorego do najbliższej placówki, wskazanej przez dyspozytora lub koordynatora medycznego.

Izba przyjęć

W przypadku subiektywnego poczucia zagrożenia życia lub w sytuacjach nagłych pacjent ma prawo skorzystać z pomocy doraźnej w szpitalnej izbie przyjęć bez skierowania. W razie konieczności pacjent jest w izbie zabezpieczany medycznie i transportowany do innej, specjalistycznej placówki.

Izba przyjęć nie jest miejscem, w którym udzielane są porady planowe. Świadczenia planowe pacjent może otrzymać w ciągu dnia, w trybie ambulatoryjnym, u swojego lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty.

W izbie przyjęć udzielane są świadczenia wyłącznie w trybie nagłym.



Szpitalny oddział ratunkowy jest przeznaczony dla pacjentów wymagających pomocy w stanie nagłym, ale nie zastępuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ani lekarza poradni specjalistycznej.

Szpitalny oddział ratunkowy (SOR)

W szpitalnym oddziale ratunkowym udzielana jest pomoc chorym znajdującym się w stanie zagrożenia zdrowia i życia, np. z powodu wypadku, urazu, czy też zatrucia. Do szpitalnego oddziału ratunkowego pacjent może zgłosić się bez skierowania.

Nie obowiązuje rejonizacja. Pomoc udzielana jest niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta i miejsca zdarzenia.

Ze świadczeń szpitalnego oddziału ratunkowego **nie należy korzystać** w celu uzyskania:

- » recepty na stosowane przewlekłe leki,
- » konsultacji specjalistycznych i badań dodatkowych, poza niezbędnymi w danym momencie,
- » zwolnienia lekarskiego, wniosku do ZUS, skierowania do sanatorium oraz innych zaświadczeń i druków medycznych niezwiązanych z aktualnym zachorowaniem.

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Podstawą do uzyskania refundowanego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego jest zlecenie na zaopatrzenie w wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym.



Zlecenie wystawia określony specjalista, np. zlecenie na aparat słuchowy – laryngolog, na soczewki okularowe – okulista, a na protezę piersi – onkolog.

Wystawione zlecenie musi zostać potwierdzone przez oddział wojewódzki NFZ, do którego należy pacjent. W razie jakichkolwiek wątpliwości pracownik NFZ ma prawo zweryfikować dane przedstawione w zleceniu. Zlecenie może być potwierdzone osobiście przez pacjenta, inną osobę w jego imieniu lub drogą pocztową.

Informacje o punktach, w których potwierdzane są zlecenia na zaopatrzenie ortopedyczne można uzyskać w oddziale wojewódzkim NFZ lub na jego stronie internetowej.

Comiesięczne zaopatrzenie w środki pomocnicze

Pacjentom wymagającym zaopatrzenia w:

- » pieluchomajtki,
- » sprzęt stomijny,
- » cewniki, worki do zbiórki moczu,

może zostać wydana karta zaopatrzenia comiesięcznego. Jest ona wydawana osobom uprawnionym **na okres dwunastu miesięcy**, na podstawie zlecenia na zaopatrzenie comiesięczne, wystawionego przez lekarza.



Lekarz zobowiązany jest do odnotowania wystawienia zlecenia w karcie zaopatrzenia.

Realizacja zlecenia następuje u świadczeniodawcy mającego zawartą umowę z NFZ. Informacja o miejscach realizacji znajduje się na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich NFZ.

Realizujący zlecenie powinien odnotować w karcie jego realizację, a na zleceniu – termin otrzymania przez pacjenta zaopatrzenia w środki pomocnicze.

W przypadku realizacji zlecenia na zaopatrzenie w środki comiesięczne, pacjent może otrzymać je jednorazowo maksymalnie na okres trzech kolejnych miesięcy.

Zlecenie traci ważność po upływie 30. dni od daty wystawienia.

Przedmioty ortopedyczne i pozostałe środki pomocnicze (niecykliczne)

Niektóre przedmioty mają przewidziany okres ich użytkowania, a ponowne przyznanie zaopatrzenia może nastąpić po upływie tego czasu.

Pacjent może zrealizować potwierdzone i zaewidencjonowane zlecenie u każdego świadczeniodawcy, który podpisał umowę z Funduszem. Należy pamiętać, że zlecenie traci ważność po upływie 90. dni od daty jego wystawienia. Jeżeli jednak w oddziale NFZ brak jest środków finansowych na pełne pokrycie kosztów zaopatrzenia, ważność zlecenia zostaje przedłużona o czas oczekiwania w kolejce na potwierdzenie zlecenia.

Szczegółowy wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych określa rozporządzenie ministra zdrowia.

Zasady finansowania

NFZ finansuje przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze do wysokości limitu określonego w przepisach ministra zdrowia. Jeśli cena wybranego przez pacjenta przedmiotu jest wyższa niż cena określona limitem, oddział wojewódzki NFZ pokrywa koszt przedmiotu do wysokości limitu. Pacjent dopłaca wtedy różnicę pomiędzy ceną brutto a kwotą refundacji.

Wysokość dopłaty pacjenta do finansowanego przez NFZ wyrobu medycznego zależy od jego rodzaju, ceny oraz wysokości limitu.

Dofinansowanie do danego środka czy przedmiotu przysługuje pacjentowi na konkretny okres.

Prawo do nabycia bezpłatnych (do wysokości limitu) przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, na podstawie zlecenia lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje:

- » inwalidom wojennym i wojskowym,
- » cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych,
- » osobom represjonowanym,
- » uprawnionym żołnierzom lub pracownikom, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Naprawy sprzętu

Podstawą do naprawy przedmiotu ortopedycznego podlegającego dofinansowaniu (np. wózka inwalidzkiego, aparatu ortopedycznego, protezy kończyny) jest wniosek o wykonanie naprawy. Druk wniosku można otrzymać w oddziale wojewódzkim NFZ lub pobrać z jego strony internetowej. Wypełniony przez pacjenta wniosek musi zostać potwierdzony w oddziale wojewódzkim Funduszu.

Wniosek na naprawę traci ważność po upływie 30. dni od daty potwierdzenia.

Realizacja napraw odbywa się z reguły w placówce, w której pacjent dokonał zakupu przedmiotu ortopedycznego.

Recepty i leki

Pacjent ma prawo do refundowanych leków i wyrobów medycznych na podstawie recepty. Receptę może wystawić również lekarz, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, ale posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z NFZ umowę upoważniającą do wystawienia recepty podlegających refundacji.

Dane dotyczące placówki oraz lekarza wystawiającego receptę muszą być naniesione na receptę w formie pieczęci lub nadruku (patrz s.107). Pieczęć imienna lekarza musi zawierać imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu. Pieczęć nagłówkowa placówki musi zawierać: nazwę jednostki, adres, numer telefonu i identyfikator jednostki, którym jest dziewięć pierwszych cyfr numeru REGON + trzycyfrowa, siódma część resortowego kodu identyfikacyjnego (jeśli został placówce nadany).

Farmaceuta **może jedynie poprawić informacje na receptie** (adres pacjenta, nr PESEL, nr oddziału wojewódzkiego NFZ). Nie może jednak dopisywać danych.

Zaniedbanie ze strony lekarza wystawiającego receptę może oznaczać trudności w uzyskaniu leku przez pacjenta.



Błędnie lub niekompletnie wypisana recepta skutkuje odesłaniem pacjenta do lekarza wystawiającego receptę.

Refundacji podlegają

- » Podstawowe leki ratujące życie lub niezbędne do odpowiedniej terapii. Odpłatność za nie jest ryczałtowa i wynosi 3,20 zł do wysokości limitu (górną granicą kwoty refundowanej za dany lek).
- » Leki wspomagające lub uzupełniające działanie leków podstawowych, odpłatność za nie wynosi 30% lub 50% ceny leku do wysokości limitu.
- » Leki i wyroby medyczne stosowane w przypadku wybranych chorób przewlekłych, które są najczęściej bezpłatne.
- » Leki recepturowe sporządzane z surowców farmaceutycznych oraz leków gotowych zamieszczonych w wykazach leków podstawowych

i uzupełniających, jeżeli ich dawka przepisana przez lekarza jest mniejsza od najmniejszej zarejestrowanej dawki leku gotowego w formie stałej stosowanej doustnie. Odpłatność za nie jest ryczałtowa i wynosi 5 zł.



Farmaceuta ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na receptę (leku o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym), którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy lekarz dokonał na receptę adnotacji: „nie zamieniać”.

Termin realizacji recept

- » Nie może przekroczyć siedmiu dni od daty jej wystawienia w przypadku recepty na antybiotyki oraz recepty wystawionej w ramach pomocy doraźnej.
- » Nie może przekroczyć 30. dni od daty jej wystawienia dla pozostałych recept.
- » nie może przekroczyć 120. dni od daty jej wystawienia w przypadku realizacji recepty na leki sprowadzane z zagranicy dla użytkowników indywidualnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach, jak również na preparaty immunologiczne wytwarzane dla indywidualnego pacjenta.
- » nie może przekroczyć 90. dni od daty jej wystawienia w przypadku realizacji recepty na preparaty immunologiczne dla indywidualnego pacjenta.

Uprawnienia dodatkowe

Kategorie dodatkowych uprawnień przysługujących pacjentom uprzywilejowanym:

IB (Inwalida Wojenny) – inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich współmałżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu, wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone

symbolami „Rp” lub „Rpz”, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, za wyjątkiem leków recepturowych, które wydawane są na podobnych zasadach jak dla ubezpieczonych.

IW (Inwalida Wojskowy) – inwalidom wojskowym oraz niewidomym ofiarom działań wojennych, przysługuje bezpłatne do wysokości limitu zaopatrzenie w leki z listy podstawowej i uzupełniającej.

ZK (Zasłużony Honorowy Dawca Krwi) – Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi otrzymują leki z listy podstawowej i uzupełniającej bezpłatnie do wysokości limitu oraz leki, które mogą stosować w związku z oddawaniem krwi.

Zasłużony Honorowy Dawca Przeszczepu – Zasłużeni Honorowi Dawcy Przeszczepu otrzymują leki z listy podstawowej i uzupełniającej do wysokości limitu oraz leki, które mogą stosować w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek, tkanek i narządów.

PO – osoby wykonujące powszechny obowiązek obrony otrzymują bezpłatnie i bez dopłaty do limitu wszystkie leki z listy podstawowej i uzupełniającej oraz leki recepturowe.

AZ – uprawnieni pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest otrzymują bezpłatnie leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbeście wyszczególnione w osobnym wykazie.

CN – nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu otrzymują leki i wyroby medyczne związane z ciążą, porodem i połogiem na takich samych zasadach jak inni ubezpieczeni.

DN – nieubezpieczeni do ukończenia 18. roku życia mają prawo do świadczeń na zasadach i w zakresie określonym dla ubezpieczonych.

IN – osoby nieubezpieczone, mające prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym odrębnymi przepisami.



Osoby posiadające dodatkowe uprawnienia do zaopatrzenia w leki zobowiązane są do przedstawienia lekarzowi wypisującemu receptę dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

Warto wiedzieć

Finansowanie leków niedopuszczonych do obrotu w Polsce

W sytuacjach wyjątkowych ratowania życia lub zdrowia ubezpieczonego, refundowane mogą być leki sprowadzane z zagranicy. Pacjent ubiegający się o refundację tego typu leku musi wystąpić do oddziału wojewódzkiego NFZ, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania. Wniosek wraz z zaświadczeniem lekarza prowadzącego, uzasadniającym potrzebę stosowania leku, musi być podpisany przez ministra zdrowia.

Kontynuacja leczenia

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący pacjenta w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego informowania lekarza rodzinnego, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, okresie ich stosowania i dawkowaniu oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Na podstawie zaświadczenia wydanego przez lekarza specjalistę, z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią, lekarz rodzinny może wystawiać recepty przez okres wskazany w zaświadczeniu od lekarza specjalisty.

Leki w trakcie leczenia szpitalnego

Pacjentowi przebywającemu i leczonemu w szpitalu należą się w ramach tego leczenia wszystkie niezbędne świadczenia – także leki, których zażywanie wynika z przyczyn hospitalizacji.



Niedopuszczalne jest wypisywanie recept i zmuszanie pacjentów do wykupienia leków koniecznych do prowadzenia leczenia w szpitalu.

Jeżeli w trakcie leczenia szpitalnego pacjent otrzyma receptę i wykupi lek, który jest niezbędny w jego leczeniu, ma prawo zażądać rachunków za dodatkowe wydatki – z wyraźnym zapisem, kto wystawia rachunek i za co.

Przy wypisie ze szpitala lekarz powinien wystawić pacjentowi receptę na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej.

Informacje dodatkowe

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

Osoby, które nie są objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia mogą nabyć prawo do świadczeń opieki zdrowotnej korzystając z tzw. ubezpieczenia dobrowolnego.

Osoba ubiegająca się o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym powinna przedstawić dokument tożsamości oraz dokument potwierdzający ostatni okres ubezpieczenia. Może to być np. zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, potwierdzenie dowodu wpłaty ostatniej składki na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej, zaświadczenie potwierdzające fakt ubezpieczenia z urzędu pracy itp. Ponadto należy wypełnić wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym i podpisać dwa egzemplarze umowy. Umowa zawierana jest na czas nieokreślony.

Objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym uzależnione jest od wniesienia opłaty dodatkowej na rachunek NFZ. Wysokość tej opłaty uwarunkowana jest okresem, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

Jeżeli przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosiła nieprzerwanie:

- » **od 3 miesięcy do roku** – opłata wynosi 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.
- » **powyżej roku do 2 lat** – opłata wynosi 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.
- » **powyżej 2 lat do 5 lat** – opłata wynosi 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.
- » **powyżej 5 lat do 10 lat** – opłata wynosi 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.
- » **powyżej 10 lat** – opłata wynosi 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.

Opłata dodatkowa wnoszona jest przed podpisaniem umowy na konto oddziału wojewódzkiego NFZ.

W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby ubezpieczającej się, dyrektor oddziału Funduszu może odstąpić od pobrania opłaty dodatkowej lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na dwanaście rat.

Osoba, która zawarła umowę o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia członków rodziny, którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Zgłoszenie do ubezpieczenia członków rodziny nie wiąże się z koniecznością odprowadzania dodatkowej składki.

Obowiązku wniesienia opłaty dodatkowej oraz zgłoszenia do ubezpieczenia nie mają cudzoziemcy:

- » studenci i uczestnicy studiów doktoranckich,
- » absolwenci, którzy odbywają w Polsce obowiązkowy staż,
- » członkowie zakonów, alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanki, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy,
- » osoby odbywające staż adaptacyjny,
- » osoby odbywające kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim,

oraz korzystający z pracy wolontariusza, zgłaszający go do ubezpieczenia dobrowolnego.

Po zawarciu umowy ubezpieczony powinien udać się do oddziału lub inspektoratu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), aby dokonać zgłoszenia do ubezpieczenia poprzez złożenie druku ZUS ZZA (*Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego*). W celu zgłoszenia członków rodziny należy złożyć druk ZUS ZCNA. Druk zgłoszenia do ZUS stanowi integralną część umowy.



Ubezpieczony oraz członkowie jego rodziny zgłoszeni do ubezpieczenia uzyskują prawo do świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego z dniem określonym w umowie.

Dowodem ubezpieczenia dla osoby, która podpisała umowę, jest egzemplarz umowy wraz z drukiem zgłoszenia do ZUS i dowodem

opłacenia składki za ostatni miesiąc, zaś dla członków rodziny tej osoby – egzemplarz umowy, druk ZUS ZCNA (wymienieni są tam członkowie rodziny) oraz dowód opłacenia przez osobę ubezpieczoną składki za ostatni miesiąc.

Składka z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego opłacana jest za miesiąc poprzedni w terminie do 15. dnia następnego miesiąca, np. za lipiec do 15. sierpnia. Składki należy wpłacać na konto ZUS.

W 2009 roku wysokość składki wynosi 9% podstawy wymiaru.

Podstawy wymiaru składki

- » Dla osoby zgłaszającej wolontariusza – **kwota odpowiadająca minimalnemu wynagrodzeniu.**
- » Dla cudzoziemców – studentów i uczestników studiów doktoranckich, absolwentów, którzy odbywają w Polsce obowiązkowy staż, dla odbywających staż adaptacyjny, a także członków zakonów, alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantek, nowicjuszy i juniorystów zakonów i ich odpowiedników oraz dla odbywających kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim – **kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.**
- » Dla pozostałych osób ubezpieczających się dobrowolnie – **kwota deklarowanego miesięcznego dochodu**, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanemu przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Monitorze Polskim.

Osoby, dla których podstawę wymiaru składki stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw powinny pamiętać, że wysokość tego wynagrodzenia ulega zmianie co kwartał.

Każdorazowa zmiana podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne podawana jest przez GUS (www.stat.gov.pl) do publicznej wiadomości po 15. dniu miesiąca rozpoczynającego kolejny kwartał.

Informację o wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne można uzyskać w oddziale wojewódzkim Funduszu lub na jego stronach internetowych.

Rozwiązanie umowy

- » Umowa może zostać rozwiązana przez osobę ubezpieczoną dobrowolnie w drodze pisemnego poinformowania NFZ o rezygnacji z ubezpieczenia. Umowa nie może zostać rozwiązana z datą wsteczną.
- » Rozwiązanie umowy następuje po upływie miesiąca zaległości w opłacaniu składek.
- » Umowa wygasa w przypadkach określonych w obowiązujących przepisach prawa, np. z chwilą przeniesienia miejsca zamieszkania ubezpieczającego się poza granice Polski.
- » Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne wygasa również w przypadku stwierdzenia podlegania obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 Ustawy.
- » Umowa zostaje rozwiązana również w przypadku:
 - podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu,
 - pracy/prowadzenia działalności na własny rachunek,w innym niż Polska kraju Unii Europejskiej lub EFTA.



Rozwiązanie umowy lub jej wygaśnięcie nie powoduje anulowania obowiązku wpłacenia składek należnych za okres, w którym umowa obowiązywała.

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego – EKUZ

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego jest dokumentem uprawniającym do korzystania ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub EFTA.



EFTA – Kraje Unii Europejskiej oraz Szwajcaria, Norwegia, Islandia, Liechtenstein.

Na EKUZ znajdują się następujące informacje:

- » imię i nazwisko,
- » data urodzenia,
- » PESEL,
- » numer identyfikacyjny instytucji, która wydała kartę,
- » numer identyfikacyjny karty,
- » data ważności karty.

Każde państwo członkowskie wydaje kartę we własnym języku urzędowym, zawierającą ten sam zestaw danych.

Prawo do EKUZ

Prawo do otrzymania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego mają osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz:

- » osoby objęte decyzją wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy;
- » nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu i pójogu posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP;
- » osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które nie ukończyły 18. roku życia.

Każda osoba ubezpieczona, także członek rodziny, otrzymuje własną kartę. Gdy za granicę wyjeżdża czteroosobowa rodzina, każdy jej członek, także dziecko, powinien zaopatrzyć się w EKUZ.

Karta jest wydawana osobom wyjeżdżającym czasowo do innego państwa członkowskiego, np.:

- » w celach turystycznych,
- » w celu odwiedzenia rodziny lub znajomych,
- » w związku z krótką podróżą służbową,
- » w celu podjęcia studiów,
- » pracownikom oddelegowanym do pracy za granicę przez polskiego pracodawcę.

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego nie przysługuje osobom, które przestały podlegać polskiemu ustawodawstwu, np. w związku z podjęciem pracy w innym państwie członkowskim oraz osobom, których ubezpieczenie w NFZ wygasło.



Osoby ubezpieczone, które posługują się dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń (np. EKUZ), a utraciły do nich prawo, są zobowiązane do pokrycia kosztów leczenia, za które zapłacił Fundusz.

Jak otrzymać EKUZ?

Aby otrzymać EKUZ, należy złożyć wniosek w oddziale wojewódzkim lub delegaturze Funduszu właściwym ze względu na miejsce zamieszkania. Wniosek można pobrać ze strony internetowej lub otrzymać w oddziale NFZ.

Wypełniony wniosek wraz z załącznikami należy złożyć w oddziale Funduszu:

- » osobiście,
- » pocztą,
- » za pomocą elektronicznej skrzynki podawczej,
- » faksem.

Do wniosku trzeba załączyć dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w NFZ (patrz: s. 12, potwierdzenie prawa do świadczeń). Dokumenty należy dostarczyć w oryginałach bądź poświadczonych kopiach. Dokumenty ze zdjęciem (np. legitymację ubezpieczeniową lub studencką) wystarczy okazać do wglądu.

Ważność karty

Osoba wyjeżdżająca do pracy otrzymuje Kartę tylko na okres do momentu podjęcia pracy.

W pozostałych przypadkach Karta wystawiana jest na dwa miesiące, licząc od końca miesiąca, za który została odprowadzona ostatnia składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Inne terminy maksymalne obowiązują dla:

- » bezrobotnych – 30 dni,
- » uczniów i studentów – do końca semestru lub roku szkolnego,
- » emerytów – 5 lat,
- » rencistów – na okres przyznanego świadczenia, maksymalnie 5 lat.

Prawo do świadczeń z EKUZ

EKUZ uprawnia do korzystania z niezbędnych świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim w zakresie, który umożliwi kontynuowanie zaplanowanego pobytu w tym państwie. Karta uprawnia do świadczeń tylko w tych placówkach, które działają w ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia. Za leczenie prywatne pacjent musi zapłacić we własnym zakresie.

EKUZ nie daje żadnych uprawnień, jeżeli celem podróży jest planowane leczenie.

Jeżeli w ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia pobierane są opłaty od ubezpieczonych, EKUZ nie zwalnia z poniesienia tych kosztów.



EKUZ nie jest dowodem ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia uprawniającym do świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski. Oznacza to, że osoba ubezpieczona w NFZ może posługiwać się EKUZ wyłącznie w innych państwach członkowskich.

Jeżeli osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych potrzebuje opieki medycznej podczas pobytu za granicą, a nie posiada Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, powinna skontaktować się z właściwym oddziałem NFZ – telefonicznie, faksem lub za pośrednictwem osoby pozostającej w Polsce.

Oddział wystawi wówczas Certyfikat Zastępczy – papierowy dokument zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, który może zostać dostarczony pocztą lub faksem.

Zakres świadczeń udzielanych osobom uprawnionym z innych krajów

Osoba pochodząca z innego kraju, legitymująca się EKUZ lub certyfikatem ją zastępującym, ma prawo do świadczeń zdrowotnych, które są niezbędne z medycznego punktu widzenia w czasie pobytu na terytorium Polski. Każdorazowo zakres niezbędnych dla danej osoby świadczeń ustala lekarz. Należy jej udzielić wszystkich niezbędnych świadczeń umożliwiających kontynuowanie pobytu tak, aby nie musiała ona wracać do kraju w celu leczenia.

Lekarz powinien potraktować uprawnionego w podobny sposób, jak osobę ubezpieczoną w Narodowym Funduszu Zdrowia, czasowo przebywającą w jego rejonie, którą przyjmuje po raz pierwszy.

Niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej należy udzielić takiej osobie na takich samych zasadach, jak ubezpieczonemu w Narodowym Funduszu Zdrowia.



Posiadaczom certyfikatu tymczasowo zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego przysługuje taki sam zakres uprawnień, jak w przypadku EKUZ.

Załączniki

Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych *

1. Świadczenia opieki zdrowotnej niefinansowane ze środków publicznych bez względu na zakres ich zastosowania:
 - 1) szczepienia ochronne niewchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych;
 - 2) zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia;
 - 3) operacje zmiany płci;
 - 4) świadczenia w zakresie akupunktury, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w leczeniu bólu przewlekłego;
 - 5) zabiegi przyrodolecznicze i rehabilitacyjne w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych i ambulatoryjnym lecznictwie uzdrowiskowym niezwiązane z chorobą podstawową będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe;
 - 6) poradnictwo seksuologiczne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyłączeniem osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności;
 - 7) poradnictwo psychoanalityczne;
 - 8) ozonoterapia;
 - 9) autoszczepionki;
 - 10) magnetoterapia z zastosowaniem stałego pola magnetycznego;
 - 11) laseropunktura;
 - 12) akupresura;
 - 13) zooterapia;
 - 14) diagnostyka i terapia z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, ludowej, orientalnej.

* Patrz aneks s. 114

2. Świadczenia opieki zdrowotnej niefinansowane ze środków publicznych w poszczególnych zakresach zastosowania:
 - 1) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu nerwowego:
 - a) leczenie padaczki za pomocą implantacji stymulatora nerwu błędnego, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna,
 - b) diagnostyka i leczenie zaburzeń smaku,
 - c) zastosowanie komory hiperbarycznej w leczeniu stwardnienia rozsianego,
 - d) podawanie baclofenu pompą infuzyjną, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna;
 - 2) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu wydzielania wewnętrznego - endoskopowa, transorbitalna dekompresja w oftalmopatii Gravesa- Basedowa z wyłączeniem przypadków ratowania wzroku z powodu udokumentowanego ucisku na nerw wzrokowy;
 - 3) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie gałki ocznej:
 - a) chirurgia refrakcyjna w korekcie wad wzroku,
 - b) stymulacja laserowa plamki żółtej,
 - c) alloplastyka tętnic skroniowych;
 - 4) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu sercowo-naczyniowego - wszczepienie defibrylatora dwujamowego z funkcją defibrylacji przedsionkowej i komorowej;
 - 5) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego - bankowanie własnej krwi pępowinowej noworodka;
 - 6) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu trawiennego:
 - a) badanie przewodu pokarmowego za pomocą kapsułki endoskopowej,
 - b) usunięcie guzków krwawniczych (żylaków odbytu) metodą Longo,
 - c) hydrokolonoterapia;

- 7) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie męskich narządów płciowych:
 - a) pobierania nasienia z najądrza,
 - b) obliteracja żyły jądrowej metodą fluoroskopową,
 - c) wszczepienie protez prącia;
- 8) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie powłok ciała - otyłość, z wyjątkiem otyłości patologicznej dużego stopnia u chorych o wartości BMI powyżej 40 leczonej metodami zabiegowymi;
- 9) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie zabiegów diagnostycznych - pozytronowa tomografia emisyjna, z wyjątkiem przypadków:
 - a) pojedynczego przerzutu o nieznanym punkcie wyjścia w celu lokalizacji guza pierwotnego, przy braku potwierdzenia rozpoznania lokalizacji ogniska pierwotnego innymi dostępnymi badaniami,
 - b) pojedynczego guzka płuca w celu różnicowania pomiędzy guzem łagodnym i złośliwym przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami,
 - c) niedrobnokomórkowego raka płuca w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania,
 - d) ziarnicy i chłoniaków nieziarnicznych w celu wstępnej lub końcowej oceny skuteczności chemioterapii, wczesnego rozpoznania nawrotu, jeżeli TK nie daje jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania,
 - e) choroby wieńcowej w celu oceny zamrożonego mięśnia sercowego do precyzyjnego ustalenia wskazań/ przeciwwskazań do rewaskularyzacji w przypadku braku jednoznacznych informacji z innych badań,
 - f) przed transplantacją serca w celu wykluczenia nieodwracalnego uszkodzenia w wyniku procesu zapalnego w przypadku braku możliwości wykluczenia tego stanu w innych badaniach,
 - g) padaczki w celu lokalizacji ogniska pierwotnego w przypadku braku możliwości zlokalizowania ogniska w innych badaniach,

- h) mięsaków tkanek miękkich w celu oceny skuteczności chemioterapii po dwóch kursach i wczesnego wykrycia nawrotu,
- i) raka piersi w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania w przypadku leczenia oszczędzającego przed biopsją, jeżeli MR wykazuje pojedyncze ognisko,
- j) raka jajnika w celu wczesnego wykrycia nawrotu, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej odpowiedzi co do oceny stopnia zaawansowania i rozpoznania nawrotu,
- k) raka tarczycy w celu lokalizacji ogniska nawrotu w przypadku wzrostu poziomu tyreoglobuliny, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu,
- l) podejrzenia przerzutów do kości, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu,
- m) planowania radioterapii radykalnej o modulowanej intensywności wiązki w celu oceny rozkładu żywych komórek nowotworowych, hipoksji, proliferacji guza, jeżeli inne badania nie pozwalają w przypadku braku możliwości dokonania takiej oceny w innych badaniach,
- n) radiochirurgicznego leczenia raka płuca o wczesnym stopniu zaawansowania w celu wykluczenia istnienia innych ognisk nowotworowych, jeżeli inne badania nie pozwalają ich zlokalizować,
- o) raka jelita grubego w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania i wczesnego rozpoznania nawrotu,
- p) raka przełyku celem oceny zaawansowania przed leczeniem i wczesnego wykrycia wznowy,
- q) nowotworów głowy i szyi w celu wczesnego rozpoznania nawrotu,
- r) złośliwych guzów mózgu celem wczesnego rozpoznania nawrotu dla określenia miejsca biopsji,
- s) czerniaka w celu kwalifikacji do operacji guza pojedynczego, jeżeli w skali Clarka grubość zmiany przekracza 1,5 mm.

Wykaz badań diagnostycznych zlecanych i finansowanych przez lekarza POZ, niezbędnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

Badania hematologiczne

- » morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym,
- » płytki krwi,
- » retikulocyty;
- » odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),
- » poziom glikozylacji hemoglobiny (HbA1c).

Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi

- » sód,
- » potas,
- » wapń całkowity,
- » żelazo,
- » stężenie transferyny,
- » mocznik,
- » kreatynina,
- » glukoza,
- » test obciążenia glukozą,
- » białko całkowite,
- » proteinogram,
- » albumina,
- » kwas moczowy,
- » cholesterol całkowity,
- » cholesterol-HDL,
- » cholesterol-LDL,
- » triglicerydy (TG),
- » bilirubina całkowita,
- » bilirubina bezpośrednia,

- » fosfataza alkaliczna (ALP),
- » minotransferaza asparaginianowa (AST),
- » aminotransferaza alaninowa (ALT),
- » gammaglutamylotranspeptydaza (GGT),
- » amylaza,
- » kinaza kreatynowa (CK),
- » fosfataza kwaśna całkowita (ACP),
- » czynnik reumatoidalny (RF),
- » miano antystreptolizyn O (ASO),
- » hormon tyreotropowy (TSH),
- » antygen HBs-AgHBs,
- » VDRL.

Badania moczu

- » ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu,
- » ilościowe oznaczanie białka,
- » ilościowe oznaczanie glukozy,
- » ilościowe oznaczanie wapnia,
- » ilościowe oznaczanie amylazy.

Badania kału

- » badanie ogólne,
- » pasożyty,
- » krew utajona - metodą immunochemiczną.

Badania układu krzepnięcia

- » wskaźnik protrombinowy (INR),
- » czas kaolinowo-kefalinowy (APTT),
- » fibrynogen.

Badania mikrobiologiczne

- » posiew moczu z antybiogramem,
- » posiew wymazu z gardła,
- » ogólny posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella, Shigella,
- » białko C-reaktywne (CRP).

Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku

Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej

Zdjęcia radiologiczne

- » zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej;
- » zdjęcia kostne – w przypadku kręgosłupa, kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej,
- » zdjęcie czaszki i zatok w projekcji AP i bocznej,
- » zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej.

Wykazy materiałów stomatologicznych

Wykaz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych

- » materiał do wypełnień czasowych;
- » cementy podkładowe na bazie wodorotlenku wapnia, cement fosforanowy;
- » cementy glasjonomerowe;
- » kompozytowy materiał chemoutwardzalny do wypełniania ubytków w zębach przednich górnych i dolnych (od 3+ do +3, od 3- do -3);
- » amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2;
- » materiały do wypełnień kanałów korzeniowych;
- » ćwieki gutaperkowe;
- » masa wyciskowa alginatowa;
- » masa do wycisków czynnościowych przy bezzębieniu;
- » nici chirurgiczne;
- » szyny unieruchamiające, drut ligaturowy.

Wykaz dodatkowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przysługujących dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia

- » światłoutwardzalny materiał kompozytowy do wypełniania ubytków w zębach siecznych i kłach w szczęce i żuchwie;
- » laki szczelinowe;
- » lakiery;
- » cement chirurgiczny jako opatrunek przy zabiegach w obrębie przyzębia.

Wykaz dodatkowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przysługujących kobietom w ciąży i w okresie połogu

- » cement chirurgiczny jako opatrunek przy zabiegach w obrębie przyzębia.

Wzór recepty lekarskiej

The diagram shows a medical prescription form with the following fields and callouts:

- 1.** Points to the "Oddział NFZ" field in the "Pacjent" section.
- 2.** Points to the "Uprawnienia" field in the "Pacjent" section.
- 3.** Points to the "Ch. przewlekłe" field in the "Pacjent" section.
- 4.** Points to the "Data realizacji od dnia" field at the bottom of the form.

Other fields on the form include: "Recepta", "NUMER RECEPTY", "Swiadczeniodawca", "PESEL", "Rp.", "KOD KRESKOWY", "Data wystawienia", "Data realizacji od dnia", and "DANE PODMIOTU DRUKUJĄCEGO RECEPTĘ LUB OZNACZENIE WYDRUK WŁASNY".

1. Miejsce, w którym wpisywany jest numer oddziału wojewódzkiego NFZ, odpowiedni ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta.
2. Uprawnienia pacjenta: IW, IB, ZK, AZ, PO, DN, CN (w razie braku uprawnień: X)
3. „P” w przypadku choroby przewlekłej lub „X” w przypadku braku uprawnień
4. Data realizacji

Identyfikatory oddziałów NFZ

- 01 – Dolnośląski Oddział NFZ we Wrocławiu.
- 02 – Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ w Bydgoszczy.
- 03 – Lubelski Oddział NFZ w Lublinie.
- 04 – Lubuski Oddział NFZ w Zielonej Górze.
- 05 – Łódzki Oddział NFZ w Łodzi.
- 06 – Małopolski Oddział NFZ w Krakowie.
- 07 – Mazowiecki Oddział NFZ w Warszawie.
- 08 – Opolski Oddział NFZ w Opolu.
- 09 – Podkarpacki Oddział NFZ w Rzeszowie.
- 10 – Podlaski Oddział NFZ w Białymstoku.
- 11 – Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku.
- 12 – Śląski Oddział NFZ w Katowicach.
- 13 – Świętokrzyski Oddział NFZ w Kielcach.
- 14 – Warmińsko-Mazurski Oddział NFZ w Olsztynie.
- 15 – Wielkopolski Oddział NFZ w Poznaniu.
- 16 – Zachodniopomorski Oddział NFZ w Szczecinie.

Adresy i telefony informacyjne oddziałów NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala

ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa

tel. (0 22) 572 60 42

infolinia@nfz.gov.pl

www.nfz.gov.pl

Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ

50-525 Wrocław, ul. Joannitów 6,

tel. (071) 194 88, 79 79 100

www.nfz-wroclaw.pl

Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ

85-071 Bydgoszcz, al. Mickiewicza 15,

tel. (052) 194 88, 32 52 700

www.nfz-bydgoszcz.pl

Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ

20-124 Lublin, ul. Szkolna 16

(081) 194 88, 53 10 598

www.nfz-lublin.pl

Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ

65-057 Zielona Góra, ul. Podgórna 9b

tel. (068) 194 88, 32 87 777 (całodobowo)

www.nfz-zielonagora.pl

Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ

90-032 Łódź, ul. Kopcińskiego 58

tel. (042) 194 88, 275 40 30

www.nfz-lodz.pl

Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ

31- 053 Kraków, ul. Ciemna 6,

tel. (012) 194 88, 29 88 386

www.nfz-krakow.pl

Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ

00-613 Warszawa, ul. Chałubińskiego 8

tel. (022) 582 84 40, 582 84 42

www.nfz-warszawa.pl

Opolski Oddział Wojewódzki NFZ

45-315 Opole, ul. Głogowska 37

tel. (077) 194 88, 40 20 100

www.nfz-opole.pl

Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ

35-032 Rzeszów ul. Zamkowa 8

tel. (017) 194 88, 0 801 33 99 03

www.nfz-rzeszow.pl

Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ

15-042 Białystok, ul. Pałacowa 3

tel. (085) 194 88, 74 59 500

www.nfz-bialystok.pl

Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ

80-865 Gdańsk, ul. Marynarki Polskiej 148

tel. (058) 194 88, 32 18 626, 32 18 629

www.nfz-gansk.pl

Śląski Oddział Wojewódzki NFZ

40-844 Katowice, ul. Kossutha 13

tel. (032) 194 88, 735 19 00, 735 05 05

www.nfz-katowice.pl

Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ

25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9

tel. (041) 194 88, 36 46 100

www.nfz-kielce.pl

Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 16

tel. (089) 194 88, 532 74 14

www.nfz-olsztyn.pl

Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ

61-823 Poznań, ul. Piekary 14/15

tel. (061) 194 88, 850 60 36, 0 800 800 805

www.nfz-poznan.pl

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ

71-470 Szczecin, ul. Arkońska 45

tel. (091) 194 88, 46 45 045

www.nfz-szczecin.pl

Rzecznik praw pacjenta

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

00-238 Warszawa, ul. Długa 38/40

tel./faks: (022) 635 75 78

sekretariat@bpp.gov.pl

www.bpp.gov.pl

Bezpłatna infolinia:

0 800 190 590 (pn. - pt. w godz. 9.00 - 21.00)

Biuro czynne: pn. - pt. w godz. 8.15 - 16.15

Przyjmowanie pacjentów: pn. - pt. w godz. 9.00 - 16.00

Prawnik biura przyjmuje: pn. - pt. w godz. 9.00 - 15.00

Konsultanci medyczni Biura Praw Pacjenta: pn. - czw. w godz. 15.30 - 19.30

Tablica informacyjna

Podstawowe informacje o tablicy



Wymiary tablicy

600 mm x 750 mm

Tło

białe

Kolor elementów

PANTONE DS 184-1U
(CMYK 100, 100, 0, 0)

Nazwa świadczeniodawcy

czcionka Arial bold 82 pt,
odległość między wierszami: 98,4 pt.

Jeżeli:

- » w jednym budynku mieści się wielu świadczeniodawców, którzy mają podpisaną umowę z Funduszem, można umieścić informację o wszystkich zakładach opieki zdrowotnej w ramach jednej tablicy (poniżej paska). Dopuszcza się przy tym stosowanie skrótów np. NZOZ Xyz w Krakowie.
- » brak jest miejsca na zainstalowanie pełnowymiarowej tablicy, można ją proporcjonalnie zmniejszyć (pod warunkiem zachowania proporcji logo NFZ oraz czytelności tekstu). Minimalna szerokość tablicy to 500 mm, czyli ok. 17% różnicy w stosunku do wymiaru podstawowego).
- » świadczeniodawca udziela świadczeń w obiekcie zabytkowym, dopuszczalne jest wykonanie tablicy ze stali w kolorze srebrnym, pod warunkiem zachowania białego koloru tła dla logo NFZ (część tablicy ponad paskiem).



Wzór tablicy informacyjnej jest do pobrania ze strony internetowej NFZ
– www.nfz.gov.pl

Aneks

Zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 25 czerwca 2009 r.

Vademecum było opracowywane przed czerwcową nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2009 r. Nr 118, poz 989). W tym czasie podstawą systemu był tzw. negatywny koszyk świadczeń. Świadczeniobiorcy przysługiwało prawo do wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej z wyjątkiem procedur wymienionych w załączniku do Ustawy (patrz załączniki s. 99).

Nowelizacja Ustawy spowoduje radykalną zmianę obowiązujących zasad. 31 sierpnia 2009 roku zostanie wprowadzona lista świadczeń gwarantowanych, które będą przysługiwać świadczeniobiorcom. Świadczenia te zostaną określone i zdefiniowane w trybie określonym w Ustawie. Wszystkie pozostałe procedury, które nie znajdują się w koszyku, nie będą finansowane i będą dostępne jedynie poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej nadal będą miały prawo do tych samych świadczeń, jak przed 31 sierpnia 2009 r. Wprowadzone zmiany są jednak bardzo istotne z perspektywy całego systemu opieki zdrowotnej. Usystematyzowanie i wprowadzenie jasnych zasad kwalifikacji świadczeń da możliwość zachowania lepszej kontroli nad systemem, a w efekcie pozwoli pacjentowi na łatwiejszy dostęp do nowych technologii medycznych

Najważniejsze zmiany w Ustawie

- » Określenie zasad i trybu kwalifikowania świadczeń jako świadczeń gwarantowanych – finansowane bądź współfinansowane ze środków publicznych są świadczenia ściśle określone w ustawie.
- » Poszerzenie uprawnień ministra zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych – kontrola nad świadczeniami gwarantowanymi.
- » Określenie zasad finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych.
- » Zmiana definicji rodzajów świadczeń – wprowadzono określenie zakresu świadczeń w miejsce rodzaju świadczeń, np. zakres leczenia szpitalnego.

- » Organizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami – dziećmi i młodzieżą do 19. roku życia.
- » Określenie trybu orzekania o zdolności uprawiania sportu przez dzieci i młodzież do 21. roku życia.
- » Określenie zasad kwalifikowania do leczenia uzdrowiskowego.
- » Uproszczenie zasad potwierdzania prawa do świadczeń gwarantowanych udzielanych w stomatologii dzieciom oraz kobietom w ciąży i połogu.

Narodowy Fundusz Zdrowia
www.nfz.gov.pl