

SPIS TREŚCI

Część A – Wybrane informacje dotyczące korzystania z bezpłatnych świadczeń medycznych i przysługujących pacjentom praw

I. Informacje podstawowe	
Prawo do świadczeń medycznych i ubezpieczenie zdrowotne	4
Potwierdzenie prawa do świadczeń /dowód ubezpieczenia/	8
Rejestracja	9
Listy oczekujących	10
Dokumentacja medyczna	10
II. Informacje o rodzajach świadczeń medycznych	
Stan nagły, zagrożenie życia.	11
Podstawowa opieka zdrowotna	11
Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	16
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	17
Leczenie szpitalne	18
Leczenie stomatologiczne	19
Leczenie uzdrowskowe	21
Leczenie rehabilitacyjne	24
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna	25
Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	26
Transport sanitarny	28
Recepty i leki	29
III. Leczenie w krajach Unii Europejskiej	32
IV. Prawa pacjenta	35
V. Gdzie złożyć skargę	37

Część B - Wykaz placówek medycznych mających podpisaną umowę ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ

I. Podstawowa opieka zdrowotna	39
II. Nocna i świąteczna pomoc zdrowotna	56
III. Szpitale	57
IV. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	64
V. Rehabilitacja lecznicza	85
VI. Leczenie psychiatryczne i uzależnień	90
VII. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	93
VIII. Opieka paliatywna i hospicyjna	94

IX. Gabinety stomatologiczne	94
X. Pomoc neonatologiczna i transport sanitarny	104
XI. Ratownictwo medyczne	104
XII. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (adresy placówek i sklepów, w których można zaopatrywać się w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze).	105
XIII. Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane (adresy pracowni tomografii komputerowej, PET, poradni genetycznej, placówek prowadzących domowe leczenie tlenem, pracowni dializ).	114
XIV. Profilaktyczne programy zdrowotne.	114

Zastosowane skróty w części B:

Al.	- Aleja
CM	- Centrum Medyczne
GPL	- Grupowa Praktyka Lekarska
Indyw.	- Indywidualna
ISPL	- Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska
NSZOZ	- Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej
NZOZ	- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
NZPŚ	- Niepubliczny Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego
NZZOZ	- Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Os.	- Osiedle
POZ	- Podstawowej Opieki Zdrowotnej
PZOZ	- Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
S.C.	- Spółka Cywilna
Sp.j.	- Spółka Jawna
Sp.p.	- Spółka Partnerska
Sp. z o.o.	- Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Spec.	- Specjalistyczny(a)
SPZOZ	- Samodzielny Publiczny Zakładów Opieki Zdrowotnej
SU	- Sanatorium Uzdrowiskowe
SZOZ	- Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Woj.	- Wojewódzki
ZOZ	- Zakład Opieki Zdrowotnej, Zespół Opieki Zdrowotnej
ZZPGKiT	- Związków Zawodowych Pracowników Gospodarki Komunalnej i Terenowej
PZZOZ	- Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
Stow.	- Stowarzyszenie
Św.	- Świętokrzyskie
Reh.	- Rehabilitacyjny
ZOL	- Zakład Opiekuńczo Leczniczy
ZPLA	- Zespół Placówek Lecznictwa Ambulatoryjnego
ZPOL	- Zespół Placówek Opiekuńczo Leczniczych
ZZLU	- Zespół Zakładów Lecznictwa Uzdrowiskowego

Część A – Wybrane informacje dotyczące korzystania z bezpłatnych świadczeń medycznych i przysługujących pacjentom praw

I. Informacje podstawowe

1. Prawo do świadczeń medycznych i ubezpieczenie zdrowotne

Prawo do ochrony zdrowia, a więc i do świadczeń medycznych gwarantuje nam przede wszystkim Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, a szczegółowe zasady korzystania z tego prawa reguluje między innymi ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity - Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) definiująca między innymi zasady i tryb finansowania świadczeń medycznych oraz zasady ubezpieczenia zdrowotnego. Uzupełnieniem jest zbiór rozporządzeń Ministra Zdrowia mówiących o świadczeniach gwarantowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w poszczególnych zakresach leczenia i opieki medycznej.

W większości przypadków leczenie jest bezpłatne i chory nie ponosi żadnych kosztów. Istnieją jednak rodzaje świadczeń, w przypadku których pacjent, nawet ubezpieczony, partycypuje w kosztach leczenia, jak na przykład w przypadku zakupu leków, środków pomocniczych, przedmiotów ortopedycznych. Częściowo odpłatne jest leczenie stomatologiczne. W przypadku wyjazdu na leczenie uzdrowiskowe czy pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym trzeba się liczyć z dopłatą do zakwaterowania i wyżywienia. Pacjent może być obciążony kosztami niektórych usług transportu sanitarnego. Istnieje też wykaz świadczeń nie finansowanych ze środków publicznych (załącznik do ustawy), który zawiera takie pozycje, jak na przykład: operacje plastyczne w przypadkach nie będących następstwami wady wrodzonej, nieobowiązkowe szczepienia ochronne, akupresura, medycyna niekonwencjonalna, itp.

Aby nie ponosić kosztów leczenia (oprócz wymienionych powyżej przypadków) trzeba być ubezpieczonym lub zaliczać się do jednej z grup osób nieubezpieczonych, którym bezpłatna opieka przysługuje na podstawie odrębnych przepisów. Podstawową zasadą ubezpieczenia zdrowotnego jest solidaryzm społeczny. Oznacza to, że każdy ubezpieczony, bez względu na to, jak wysoką opłaca składkę zdrowotną (w 2011 roku wynosi ona 9 procent wymiaru przychodu), ma prawo otrzymać taki sam zakres świadczeń opieki zdrowotnej.

Uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są:

Osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego

Większość Polaków podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego np. z tytułu zatrudnienia, prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pozarolniczej działalności gospodarczej. Osoby te zgłaszane są do ubezpieczenia za pośrednictwem ZUS lub KRUS. Po dokonaniu zgłoszenia uzyskują prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osobie oraz zgłoszonym do ubezpieczenia członkom rodziny przysługuje jeszcze przez 30 dni, a także przez okres, w którym osoba ubiega się o przyznanie renty/emerytury lub pobiera zasiłek wypłacany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym.

Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej

Osoba ubezpieczona ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia członków rodziny, którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z własnego tytułu i zamieszkują na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub w jednym z krajów Unii Europejskiej (UE) bądź w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), mają obywatelstwo polskie lub innego kraju UE/EFTA i nie podlegają ustawodawstwu innemu niż polskie. Szczegółowo opisują to przepisy art.3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jeśli osoba pracuje np. we Francji to nie podlega polskiemu ustawodawstwu i nie może być zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce jako członek rodziny. Nie można także zgłosić jako członka rodziny takiej osoby, która na przykład jest zatrudniona. Bezrobotni zarejestrowani w Urzędzie Pracy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, nawet jeśli posiadają status członka rodziny, o ile nie podlegają ubezpieczeniu z innego tytułu. Oznacza to, że jeśli osoba jest zarejestrowana jako bezrobotna w Urzędzie Pracy, to nie może być zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny. Należy ją wyrejestrować z ubezpieczenia najpóźniej w dniu zgłoszenia do ubezpieczenia z własnego tytułu. Po dokonaniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego za pośrednictwem ZUS lub KRUS, członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.

Członkiem rodziny w świetle przepisów ustawy jest:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko obce w rodzinie zastępczej - do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności - bez ograniczenia wieku,
- małżonek,
- krewny wstępny (tj. ojciec, matka, dziadkowie) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Warto wiedzieć, że

- ✓ Po ukończeniu 26 lat uczniowie i studenci, którzy nie podlegają obowiązkowi z żadnego tytułu (tj. np. nie są zatrudnieni lub nie są zarejestrowani w Urzędzie Pracy, bądź nie mogą być zgłoszeni przez ubezpieczonego małżonka), powinni powiadomić szkołę lub uczelnię, która zgłosi ich do ubezpieczenia w NFZ i odprowadzać będzie z tego tytułu składkę.
- ✓ Polisy ubezpieczeniowe wykupione w różnych towarzystwach i zakładach ubezpieczeniowych nie dają statusu osób ubezpieczonych w Funduszu - NFZ nie może ponosić zatem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom nie ubezpieczonym w Funduszu, a posiadającym tego rodzaju polisy i ubezpieczenia.
- ✓ Osoby po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, które zachowują prawo do świadczeń zdrowotnych w związku z wypłacanym np. zasiłkiem chorobowym lub ubiegające się o przyznanie renty/emerytury - o ile mają taką możliwość i spełniają określone warunki - powinny być zgłoszone do ubezpieczenia jako członkowie rodziny.

Osoby uprawnione do świadczeń na podstawie decyzji wójta**(burmistrza, prezydenta miasta)**

Uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są także osoby nieubezpieczone spełniające określone kryterium dochodowe (o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej), posiadające obywatelstwo polskie i mieszkające w Polsce. Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej osoby te uzyskują na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta miasta) gminy właściwej ze względu na ich miejsce zamieszkania. Decyzja wydawana jest:

- na wniosek samego zainteresowanego (od dnia złożenia wniosku),
- na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczeń w stanie nagłym,
- na wniosek oddziału wojewódzkiego NFZ,
- z urzędu.

Osoby do ukończenia 18 roku życia, kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu

Uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są nieubezpieczone dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu pod warunkiem, że mają obywatelstwo polskie i mieszkają w Polsce.

Osoby ubezpieczone w innym kraju UE/EFTA

Uprawnionymi do świadczeń w Polsce są także obywatele Unii Europejskiej, jeśli w swoim kraju są ubezpieczeni w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wtedy świadczenia zdrowotne są im udzielane na podstawie przepisów o koordynacji. Obowiązują tu analogiczne zasady jak dla osób ubezpieczonych w NFZ, które ze względów medycznych zmuszone są skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu w innym państwie (patrz Rozdział III - Leczenie w krajach Unii Europejskiej). Decyzję o konieczności leczenia podejmuje lekarz.

Osoby, które nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia ani ustawodawstwu innego państwa członkowskiego UE/EFTA, na przykład nie są nigdzie zatrudnione, uzyskują dochód wyłącznie na podstawie umów o dzieło, pracownicy przebywający na urlopie bezpłatnym mogą ubezpieczyć się dobrowolnie w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Jak ubezpieczyć się dobrowolnie

W celu zawarcia umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, osoba musi:

- zgłosić się do Oddziału Funduszu właściwego dla miejsca zamieszkania,
- wypełnić wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, do którego załącza dokument określający datę, do której podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu i odprowadzana była składka oraz przedstawić dowód tożsamości. Potwierdzenie okresów ubezpieczenia w innym kraju UE/EFTA osoba powinna przedstawić na formularzu E104 wydanym przez instytucję ubezpieczeniową państwa, w którym dotychczas była ubezpieczona,
- w ciągu 7 dni od podpisania umowy zgłosić się do ZUS w celu dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego siebie i członków rodziny,
- opłacać comiesięczną składkę, a po rozwiązaniu lub wygaśnięciu umowy dokonać wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego w ZUS.

Wnioskodawca podpisuje umowę w siedzibie Oddziału NFZ osobiście lub przez pełnomocnika, który powinien okazać stosowne upoważnienie (w formie pisemnej). Umowa podpisana przez ubezpieczonego i dyrektora Oddziału, wraz z drukami zgłoszeniowymi ZUS i dowodem wpłaty ostatniej składki, stanowi dowód ubezpieczenia.

Wysokość comiesięcznie odprowadzanej składki zależy od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku. Zmienia się ona raz na kwartał. Ponadto, przed zawarciem umowy wnioskodawca zobowiązany będzie do wpłaty na konto Oddziału Funduszu dodatkowej, jednorazowej opłaty, jeżeli nie był ubezpieczony i nie odprowadzał składki:

- od 3 miesięcy do roku - 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki,
- powyżej 1 roku do 2 lat - 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki,
- powyżej 2 lat do 5 lat - 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki,

- powyżej 5 lat do 10 lat - 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki,
- powyżej 10 lat - 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.

Warto wiedzieć, że:

- ✓ Tą samą umową mogą zostać objęci również zgłoszeni we wniosku członkowie rodziny wnioskodawcy, spełniający warunki określone przepisami ustawy (patrz Rozdz.I.1 - Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej).
- ✓ Liczba osób objętych ubezpieczeniem na podstawie jednej umowy nie ma wpływu na wysokość opłacanej składki.
- ✓ Prawo do świadczeń zdrowotnych ubezpieczonego i członków jego rodziny rozpoczyna się w dniu określonym w umowie, a wygasa po upływie 30 dni od rozwiązania lub wygaśnięcia umowy.
- ✓ Umowa zawierana jest na czas nieokreślony. Można ją rozwiązać w drodze pisemnego poinformowania Narodowego Funduszu Zdrowia o rezygnacji z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Natomiast umowa wygasa po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składki lub na podstawie innych przepisów np. z chwilą zmiany miejsca zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub objęcia obowiązkiem ubezpieczenia z innego tytułu. Umowa nie wygasa jednakże z chwilą zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny.

2. Potwierdzenie prawa do świadczeń /dowód ubezpieczenia/

Ubiegając się o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej pacjent powinien okazać się dokumentem poświadczonym nie wcześniej niż 30 dni przed datą udzielanego świadczenia opieki zdrowotnej. UWAGA! W przypadku nagłego zachorowania, dokument może być przedstawiony w terminie 7 dni od daty zgłoszenia się do lekarza, a w przypadku pobytu w szpitalu, w terminie do 30 dni. Do tej pory najbardziej popularnym dokumentem, którym posługują się osoby ubezpieczone, jest legitymacja ubezpieczeniowa wydana dla pracownika lub członków rodziny. Od 1 stycznia 2010 roku nie są już wydawane nowe legitymacje (a więc dla osób podejmujących pierwszą pracę po tej dacie), ale większość pracowników nadal tym dokumentem dysponuje. Można się nim cały czas posługiwać, pod warunkiem, że - w razie potrzeby - będzie aktualizowany (podstemplowywany u płatnika składki - w miejscu pracy). Ponadto dokumentami ubezpieczenia w NFZ mogą być m.in.:

- zaświadczenie wydane przez płatnika składki,
- odcinek emerytury lub renty,
- legitymacja emeryta/rencisty, której numer nie zawiera znaków „_ _”,
- zgłoszenie do ubezpieczenia (druk ZUS ZUA, ZCZA lub ZCNA) - dla uczniów/studentów wraz z ważną legitymacją szkolną/studencką,

- w przypadku studentów ubezpieczonych przez uczelnię - ważna legitymacja studencka wraz z dokumentem potwierdzającym zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ.

Szczegółowy wykaz wszystkich dokumentów znajduje się na stronie internetowej Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ - www.nfz-kielce.pl w serwisie dla pacjenta.

3. Rejestracja

Rejestracja jest tym miejscem w przychodni, do którego chory trafia jeszcze przed wizytą u lekarza. Tu ma przede wszystkim ustalić termin wizyty. Zarejestrować się do lekarza można:

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

Warto wiedzieć, że:

Na wizytę u lekarza pacjent ma prawo zapisać się dowolnie wybranego dnia przez cały czas pracy rejestracji. Ustalanie przez świadczeniodawcę dni czy godzin do zapisywania się jest niezgodne z prawem. Termin kolejnej wizyty - jeśli takowa jest konieczna - wyznacza się po zakończeniu poprzedniej, pacjenta rejestruje się od razu na konkretny dzień i godzinę, a nie zmusza do kolejnej wizyty w poradni tylko po to, by musiał się zarejestrować.

Przy zapisywaniu się do lekarza w rejestracji powinno wyznaczyć się pacjentowi możliwie najkrótszy termin (w przypadkach nagłych pacjent powinien być przyjęty poza kolejką), a jeżeli z przyczyn obiektywnych jest on niemożliwy do dotrzymania, świadczeniodawca ma obowiązek zawiadomić o tym pacjenta i wyznaczyć nowy termin wizyty.

W rejestracji, poza możliwością zapisania się do lekarza, pacjent powinien mieć możliwość uzyskania następujących informacji na temat:

- rodzaju świadczeń dostępnych w placówce,
- czasu oczekiwania na wizytę,
- wymaganych dokumentów i skierowań niezbędnych do przyjęcia,
- miejsc wykonania zleconych przez lekarza badań laboratoryjnych,
- czasu pracy przychodni,
- miejsca udzielania nocnej i świątecznej pomocy medycznej - w przypadku rejestracji POZ.

4. Listy oczekujących

Lekarz powinien przyjąć pacjenta w jak najszybszym terminie. Jeżeli jednak nie jest to przypadek nagły, a nie ma możliwości przyjęcia w dniu zgłoszenia, placówka medyczna ma obowiązek umieścić chorego na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, a następnie realizować przyjęcia zgodnie z kolejnością zapisów. Przesunięcie na liście może być spowodowane względami medycznymi, a także przyczynami leżącymi po stronie świadczeniodawcy (np. remont oddziału) lub uzasadnioną prośbą pacjenta - w przypadku zmiany na termin późniejszy. Dotyczy to nie tylko ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale także placówek realizujących świadczenia w ramach leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej i leczenia stomatologicznego.

Poza kolejnością - oprócz pacjentów w stanie nagłym - powinni być przyjmowani:

- inwalidzi wojenni i wojskowi,
- kombatanci i osoby represjonowane,
- honorowi dawcy krwi posiadający tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi i dawcy przeszczepu mający tytuł Zasłużonego Dawcy Przeszczepu,
- uprawnieni żołnierze i pracownicy w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

5. Dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna jest własnością zakładu opieki zdrowotnej. Każdy ZOZ ma jednak obowiązek udostępnić dokumentację pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta lub upoważnionym organom oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Formy udostępniania dokumentacji medycznej

- do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej,
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii (koszty pokrywa pacjent),

/Ustalona jest maksymalna opłata zależna od wysokości przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale i okresie jego obowiązywania: 1 strona wyciągu lub odpisu – maksymalnie 0,002% przeciętnego wynagrodzenia, 1 strona kopii – maksymalnie 0,0002% przeciętnego wynagrodzenia, wyciąg, odpis lub kopia na elektronicznym nośniku danych – 0,002% przeciętnego wynagrodzenia. Dla przykładu w okresie grudzień 2010 – luty 2011 stawki te za jedną stronę wynosiły odpowiednio do rodzaju sporządzonej kopii czy odpisu: 6,41 złotego, 0,64 złotego i 6,41 złotego/

- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

II. Informacje o rodzajach świadczeń medycznych

1. Stan nagły, zagrożenie życia

Stanem nagłym nazywamy taki stan, kiedy pomoc medyczna musi być udzielona natychmiast - jej odroczenie może grozić utratą życia lub zdrowia. Dlatego w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie, bez wymaganego skierowania, także w placówce nie mającej umowy z NFZ. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, należy wezwać karetkę pogotowia ratunkowego. Natomiast w przypadku subiektywnego poczucia zagrożenia zdrowia i życia, szczególnie w razie współistnienia choroby przewlekłej, ubezpieczony ma prawo do świadczeń pomocy doraźnej, udzielanej bez skierowania w szpitalnych izbach przyjęć lub w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Należy jednak pamiętać, że miejsca te służą do ratowania zdrowia i życia, a nie do uzyskiwania pomocy, którą można otrzymać w ciągu dnia, w trybie ambulatoryjnym, u swojego lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty.

Jak wezwać pogotowie ratunkowe?

Aby wezwać karetkę pogotowia ratunkowego należy zadzwonić:

- ✓ z telefonu stacjonarnego na numer 999
- ✓ z telefonu komórkowego na numer 999 lub 112

Przy zgłoszeniu należy podać dyspozytorowi następujące informacje:

- ✓ powód wezwania (objawy, kogo dotyczą)
- ✓ dokładne miejsce zdarzenia (adres, lokalizacja, punkty orientacyjne)
- ✓ kto wzywa zespół ratowniczy

2. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Podstawowa opieka zdrowotna to najczęściej pierwszy i jednocześnie najpowszechniejszy etap leczenia. Każdy ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego), położnej i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (nie ma obowiązku wybrania wymienionych trzech zakresów w jednej przychodni) spośród wszystkich, którzy mają umowę z NFZ. Najlepiej jednak wybrać poradnię najbliższej faktycznego miejsca zamieszkania (nie zameldowania). Wyboru dokonuje się poprzez złożenie deklaracji (druk otrzymać można w przychodni, od lekarza, pielęgniarki i położnej). Pacjent ma prawo zmienić dwa razy w roku kalendarzowym zarówno lekarza, pielęgniarkę, położną POZ - wystarczy, że ponownie wypełni deklarację w nowej placówce i może być już przyjęty tego samego dnia. Za każdą kolejną zmianę należy zapłacić 80 zł na konto NFZ - nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń przez dotychczasowego lekarza (pielęgniarkę/położną) oraz z innych przyczyn niezależnych od woli pacjenta.

Świadczenia POZ wykonywane są w miejscu wykonywania praktyki (przychodni, ośrodka zdrowia) oraz - w uzasadnionych wypadkach w domu chorego. Pacjent może zarejestrować się do lekarza osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osób trzecich. Przychodnia POZ powinna być otwarta od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8-18, jednak dopuszczalne jest, by filie pracowały krócej i w wybrane dni tygodnia pod warunkiem, że pacjent ma zapewniony dostęp do innej przychodni prowadzonej przez tego samego świadczeniodawcę.

Podczas pobytu poza miejscem zamieszkania, na przykład na wakacjach, u rodziny, w razie nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia chory ma prawo do skorzystania z pomocy lekarza POZ w miejscu, gdzie się znajduje, jako tak zwany pacjent spoza listy. W przypadku dłuższego pobytu poza miejscem zamieszkania (jak np. studia), lepiej jest zmienić oddział Funduszu i zapisać się do poradni w miejscu pobytu. Wówczas tam korzystamy z pomocy lekarza, pielęgniarki czy położnej POZ bez ograniczeń, a w razie powrotu do domu i nagłego zachorowania - w przychodni domowej jako pacjent spoza listy. Można też nie zmieniać oddziału NFZ, i nie zmieniać lekarza POZ w miejscu pobytu. Wówczas w miejscu faktycznego pobytu przysługuje nam tylko wizyta w nagłej sytuacji, natomiast stałe leczenie, badania itp. mogą być prowadzone w przychodni, do której jesteśmy zapisani.

Lekarz POZ

Do zadań lekarza POZ należy między innymi:

- Kierowanie na badania diagnostyczne

Wszystkie badania wykonywane są na zlecenie lekarza. Jeżeli w wyniku udzielonej porady lekarza POZ zachodzi konieczność ich wykonania, lekarz wskazuje pacjentowi pracownię diagnostyczną, w której zostaną one wykonane bezpłatnie. W przypadku uzasadnionym medycznie, materiał do badań laboratoryjnych może być pobrany w domu pacjenta.

Ważne!

Od 2009 roku lekarze POZ otrzymują z NFZ potrójną stawkę za pacjentów chorych na cukrzycę i cierpiących na schorzenia kardiologiczne. W ramach tej stawki powinni nie tylko wypisywać recepty, ale monitorować proces leczenia, kierować na badania kontrolne (takie jak EKG, ciśnienie tętnicze krwi, waga, cukier w surowicy krwi, cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy, badanie ogólne moczu, jonogram, próby wątrobowe, kreatynina, mocznik, INR, morfologia - chory kardiologicznie; hemoglobina glikowana, cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy, badanie ogólne moczu, kreatynina - chory z cukrzycą), a dopiero w razie komplikacji czy wątpliwości wypisywać skierowanie do diabetologa czy kardiologa.

- Kierowanie pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala

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

- Wypisywanie recept według zalecenia lekarza specjalisty

Lekarz POZ może wystawić pacjentowi receptę na leki, których stosowanie zalecił 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.

- Kierowanie na zabiegi w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta

W gabinecie zabiegowym wykonywane są zabiegi oraz procedury diagnostyczno-terapeutyczne wynikające z procesu leczenia, pozostające w zakresie zadań i kompetencjach lekarza POZ związane bezpośrednio udzielaną poradą lekarską i wymagające udziału lekarza. 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 złożył deklarację wyboru.

- Kierowanie na rehabilitację

Lekarz POZ może wystawić pacjentowi skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane w warunkach ambulatoryjnych i domowych. 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.

- Kierowanie na leczenie uzdrowiskowe

Wystawiając skierowanie na leczenie uzdrowiskowe lekarz POZ bierze pod uwagę aktualny stan zdrowia pacjenta, wskazania i ewentualne przeciwwskazania, wpisując wyniki badań: morfologię, OB, moczu, EKG. Rtg klatki piersiowej. Skierowanie lekarz przesyła do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skierowanie może być również dostarczone przez bezpośrednio zainteresowanego świadczeniobiorcę.

Pielęgniarka i położna POZ

Pielęgniarka i położna podstawowej opieki zdrowotnej wybrana przez ubezpieczonego planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską i pielęgnacyjną opiekę położniczo-ginekologiczną nad osobą ubezpieczoną i jej rodziną, społecznością

w środowisku zamieszkania i nauki, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia w zakresie:

- promocji zdrowia i profilaktyki chorób,
- świadczeń pielęgnacyjnych,
- świadczeń diagnostycznych,
- świadczeń leczniczych,
- świadczeń rehabilitacyjnych.

Zakres zadań pielęgniarstwa POZ:

- promocja zdrowia i profilaktyka chorób (m.in. rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym podopiecznych, rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych podopiecznych, prowadzenie edukacji zdrowotnej, poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia, realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób, organizacja grup wsparcia, profilaktyka chorób wieku rozwojowego, edukacja w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych i informowanie o szczepieniach zalecanych),
- świadczenia pielęgnacyjne (realizacja opieki pielęgnacyjnej u pacjentów w różnych stanach zdrowia i choroby zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgniarstwa, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, przygotowywanie i aktywizowanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności),
- świadczenia diagnostyczne (przeprowadzanie wywiadów środowiskowych, wykonywanie badania fizykalnego, podstawowych pomiarów życiowych z ich oceną i interpretacją, ocena stanu ogólnego chorego oraz procesu jego zdrowienia, ocena i monitorowanie bólu, ocena wydolności pielęgnacyjnej rodziny, pobieranie materiału do badań diagnostycznych),
- świadczenia lecznicze (udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, podawanie leków różnymi drogami, zakładanie opatrunków na rany, odleżyny, odparzenia, cewnikowanie pęcherza u kobiet, płukanie pęcherza, wykonywanie wlewów doodbytniczych, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach i ranach trudno gojących w porozumieniu z lekarzem, zdejmowanie szwów, wykonywanie inhalacji, wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna, ustalanie diety w żywieniu przewlekle chorych, dobór technik karmienia w zależności od stanu chorego),
- świadczenia rehabilitacyjne (rehabilitacja przyłóżkowa w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego, długotrwałego unieruchomienia, usprawnienie ruchowe, drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej, ćwiczenia ogólnie - usprawniające, układanie i przemieszczanie chorego w łóżku).

Zakres zadań położnej POZ:

- świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób (obejmują: edukację w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety; przygotowania do porodu, z uwzględnieniem porodu rodzinnego; poradnictwo w zakresie higieny odżywiania w okresie połogu; poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia; poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią; kształtowanie postaw rodzicielskich; edukację i udzielanie porad w zakresie powrotu płodności po porodzie, metod regulacji płodności; profilaktykę chorób ginekologicznych i patologii położniczych; edukację kobiety we wszystkich okresach życia w zakresie prowadzenia samoobserwacji oraz podejmowania działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego; edukację w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową; profilaktykę chorób wieku rozwojowego; edukację w zakresie szczepień ochronnych),
- świadczenia diagnostyczne (przeprowadzanie wywiadu środowiskowego/rodzinnego; monitorowanie rozwoju ciąży fizjologicznej; wykonywanie badania położniczego u kobiet; ocenę relacji rodziny z noworodkiem; monitorowanie przebiegu połogu i rozwoju noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia; obserwację i ocenę rozwoju psychoruchowego noworodka i niemowlęcia oraz adaptacji do środowiska zewnętrznego; wykonywanie pomiarów u kobiety i noworodka oraz ocenę tych pomiarów; ocenę poziomu bilirubiny oraz pobieranie materiałów do testów na fenyloketonurię i hypotyreozę u noworodków; wykonywanie testów diagnostycznych; pobieranie materiału do badań diagnostycznych zgodnie z odrębnymi przepisami),
- świadczenia pielęgnacyjne (obejmują: planowanie, realizację i ocenę opieki pielęgnacyjnej nad: kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, noworodkiem i niemowlęciem do drugiego miesiąca życia, kobietą ze schorzeniami ginekologicznymi; przygotowanie i wspieranie rodziny w opiece świadczonej na rzecz noworodka, niemowlęcia i kobiety; przygotowanie kobiety do samoopieki i samo pielęgnacji),
- świadczenia lecznicze, (udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej; udzielanie pomocy położniczej i neonatologicznej w stanach nagłych do czasu przybycia lekarza; przyjmowanie porodu nagłego w warunkach domowych; zabezpieczenie naciętego lub pękniętego krocza; udzielanie pomocy w okresie laktacji; wykonywanie zabiegów leczniczych zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym: podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji domięśniowych, dożylnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych, zdejmowanie szwów, cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet, usuwanie cewnika, płukanie pęcherza, wykonywanie

wlewów/wlewek doodbytniczych, płukanie pochwy, leczenie i opatrywanie oparzeń, ran, odleżyn we współpracy z pielęgniarką POZ, wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna, ustalanie diety kobiety zgodnie z potrzebami, doraźną modyfikację dawki leczniczej leku przeciwbólowego w uzgodnieniu z lekarzem i zgodnie z wykazem leków, do podawania których uprawniona jest położna),

- świadczenia rehabilitacyjne (obejmują: ćwiczenia usprawniające w ciąży, porożu i schorzeniach ginekologicznych; wykonywanie drenażu ułożeniowego u kobiety; prowadzenie gimnastyki oddechowej, relaksacyjnej, przygotowującej do porodu oraz porożu).

3. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18 do 8 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8 do godziny 8 dnia następnego.

Od 1 marca 2011 nocna i świąteczna opieka zdrowotna nie jest związana z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarował się pacjent.

Pacjenci mogą skorzystać z pomocy lekarza w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (bez skierowania) w poradni dyżurującej właściwej miejscu zamieszkania. Dopuszczone jest jednak korzystanie z usług innej dyżurującej poradni. Statystycznie jeden zespół medyczny (lekarz i pielęgniarka) przypada na 50 tysięcy mieszkańców - **dokładna lista w części B informatora**. Informacje, gdzie w danym rejonie sprawowana jest nocna i świąteczna opieka zdrowotna pacjent może uzyskać w swojej przychodni POZ (powinna być ona umieszczona w widocznym miejscu wewnątrz i na zewnątrz przychodni) a także w NFZ. **Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej mogą być wykonywane w ambulatorium lub - jeżeli wymaga tego stan pacjenta - w warunkach domowych - w ramach opieki wyjazdowej.**

Ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych przez dyżurujące placówki powinno korzystać się wyłącznie w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Ważne!

Nie należy zgłaszać się do poradni dyżurującej na wizytę kontrolną, w celu wypisania recepty na stosowane stale leki, otrzymania skierowania do specjalisty czy po zaświadczenia o stanie zdrowia.

4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są udzielane na podstawie skierowania wydawanego przez lekarza POZ lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jest lekarz, lekarz dentyista będący świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz, lekarz dentyista, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ważne!

Nie jest skierowaniem karta informacyjna czy wypis z leczenia szpitalnego, izby przyjęć czy szpitalnego oddziału ratunkowego. Po leczeniu szpitalnym, w sytuacjach medycznie uzasadnionych, świadczeniodawcy zobowiązani są do wystawienia pacjentowi odrębnego skierowania, które stanowi indywidualną dokumentację pacjenta.

Skierowanie nie jest wymagane jedynie do świadczeń opieki zdrowotnej:

- ginekologa i położnika,
- dentyisty,
- dermatologa,
- wenerologa,
- onkologa,
- okulisty,
- psychiatry.

Nie jest ono również wymagane od:

- chorych na gruźlicę,
- zakażonych wirusem HIV,
- inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów,
- cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
- uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie leczenia odwykowego,
- uprawnionych żołnierzy lub pracowników - w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Kierując pacjenta do specjalisty lub do szpitala lekarz POZ lub inny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem. Badania diagnostyczne, na które kieruje każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, należy wykonać na podstawie skierowania od tego lekarza i w miejscu przez niego wskazanym. Wtedy są dla pacjenta bezpłatne. W przypadku wizyty u specjalisty czy leczenia w szpitalu nie ma żadnej rejonizacji, mamy prawo wybrać specjalistę spośród wszystkich, mających

podpisaną umowę z NFZ, także poza granicami województwa świętokrzyskiego. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może udzielić świadczeń medycznych w domu chorego. Zasady rejestracji opisano w Rozdziale I, punkcie 3.

Lekarz specjalista

Lekarz specjalista w ramach udzielanych porad:

- kieruje na wszystkie badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby, postawienia diagnozy i prowadzenia terapii, wskazując przy tym miejsce ich wykonania. W przypadku tak zwanych badań kosztochłonnych, jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, PET, chory sam może sobie wybrać pracownię. Skierowanie na badania z zakresu endoskopii przewodu pokarmowego (gastroskopia, kolonoskopia) może wydać pacjentowi lekarz POZ. Bezpłatne wykonania pozostałych badań jest możliwe po uzyskaniu skierowania od lekarza specjalisty. Jeżeli pacjent jest objęty stałą opieką specjalistyczną, specjalista wystawia także skierowania na badania kontrolne i pokrywa koszty ich wykonania. Specjalista kieruje także na badania profilaktyczne,

Ważne!

Pacjent nie ponosi żadnych kosztów badań – pobieranie dodatkowych opłat (np. na baterie do aparatu) przez pracownię jest niczym nie uzasadnione.

- kieruje do innego specjalisty (o taką konsultację może poprosić również pacjent),
- kieruje do szpitala jeżeli wymaga tego stan pacjenta. Do skierowania dołącza wyniki badań diagnostycznych umożliwiające potwierdzenie rozpoznania,
- kieruje na leczenie sanatoryjne,
- kieruje na leczenie rehabilitacyjne,
- prowadzi niezbędną edukację zachować prozdrowotnych.

Lekarz specjalista jest zobowiązany do pisemnego informowania lekarza POZ o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, ich dawkowaniu, itp. Także wystawia pacjentowi zaświadczenie z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią, na podstawie którego lekarz POZ może wystawiać recepty na wymienione leki przez okres wskazany w zaświadczeniu.

5. Leczenie szpitalne

Leczenie szpitalne może się odbywać w trybie nagłym, bez skierowania (na przykład po wypadku, zawale, urazie, po decyzji lekarza szpitalnego oddziału ratunkowego) lub w trybie planowym, po okazaniu skierowania. Skierowanie na leczenie szpitalne może być wystawione przez każdego lekarza (również przez lekarza nie mającego umowy z NFZ, lecz przyjmującego prywatnie), lekarza dentystę lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty ambulatoryjnie.

Lekarz kierujący chorego do szpitala zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych. W przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta do szpitala w dniu zgłoszenia, pacjent wpisywany jest na listę oczekujących (nie dotyczy to stanów nagłych). W czasie leczenia szpitalnego chory musi mieć zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, leki związane z przebiegiem hospitalizacji, których zażywanie wynika z przyczyny hospitalizacji, a także wyroby medyczne, np. pampersy.

Ważne!

Zabronione jest wystawianie pacjentowi w trakcie jego pobytu w szpitalu recept na preparaty diagnostyczne, wyroby medyczne do realizacji w aptekach ogólnodostępnych oraz zleceń na środki pomocnicze (np. pieluchomajtki czy pieluchy anatomiczne). Również w czasie pobytu pacjenta w szpitalu zleceń na zaopatrzenie w środki pomocnicze i ortopedyczne nie może wystawiać lekarz POZ czy lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Po zakończeniu leczenia szpitalnego - hospitalizacji (także w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym), świadczeniodawca wydaje pacjentowi kartę informacyjną oraz stosownie do zaistniałej sytuacji, następujące dokumenty: skierowania do lekarzy specjalistów, informację dla lekarza POZ, recepty, zwolnienie lekarskie oraz wyniki badań diagnostycznych wykonanych w toku leczenia, zlecenie na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz zlecenie na transport.

Pacjent ma prawo wyboru szpitala (posiadającego umowę z NFZ) na terenie całej Polski.

6. Leczenie stomatologiczne

Świadczenia stomatologiczne przysługują pacjentowi bez skierowania. Rejestracja odbywa się na zasadach określonych w Rozdziale I pkt.3.

Ważne!

- ✓ pacjent zgłaszający się z bólem otrzymuje pomoc w dniu zgłoszenia
- ✓ pacjent ma prawo wyboru dowolnej placówki lub lekarza stomatologa spośród udzielających świadczeń na podstawie umowy z NFZ na terenie całego kraju
- ✓ nie ma możliwości uiszczenia dopłaty do świadczeń gwarantowanych zrealizowanych przy użyciu innych materiałów niż określone w rozporządzeniu MZ,
- ✓ lekarz udzielający świadczeń w ramach umowy z NFZ nie może w godzinach wykazanych w harmonogramie pracy udzielać świadczeń odpłatnie.

Pacjent ma prawo do bezpłatnych gwarantowanych świadczeń stomatologicznych, których wykaz określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. Nr 140 poz.1144 z późn.zm.).

Pacjentom przysługują m.in.:

- badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej jeden raz w okresie 12 miesięcy,
- badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy,
- znieczulenie (tylko w powiązaniu ze świadczeniami gwarantowanymi),
- leczenie próchnicy - opatrunek leczniczy w zębie stałym, wypełnienie ubytku zęba,
- leczenie kanałowe zębów siecznych i kłów (zęby przednie górne i dolne od trójki do trójki),
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej,
- wypełnienie chemoutwardzalne białe do uzupełnienia ubytków w zębach siecznych i kłach (zęby przednie górne i dolne od trójki do trójki), a w pozostałych - amalgamat srebra lub cement glasonomerowy,
- usunięcie złogów nazębnych (tzw. kamień) 1 raz na 12 miesięcy,
- usunięcie zęba oraz niektóre zabiegi chirurgiczne zgodnie z wykazem zawartym w Rozporządzeniu MZ,
- 2 zdjęcia rentgenowskie wewnątrzustne w okresie 12 miesięcy (w powiązaniu ze świadczeniami stomatologicznymi finansowanymi ze środków publicznych),
- **leczenie protetyczne** z zastosowaniem ruchomych, częściowych i całkowitych protez 1 raz na 5 lat oraz naprawa protez 1 raz na 2 lata. Pacjent powinien potwierdzić (na zleceniu) odbiór wykonanej protezy zębowej lub jej naprawy,
- świadczenia protetyki stomatologicznej dla osób po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki zgodnie z wykazem zawartym w Rozporządzeniu MZ.

Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia mają prawo **dodatkowo** do m.in.:

- lakowania pierwszych zębów trzonowych, tzw. szóstek jeden raz do ukończenia 7 lat,
- lakierowania zębów stałych nie częściej niż raz na kwartał,
- impregnacji zębiny zębów mlecznych (tzw. lapisowanie),
- odbudowy zniszczonego, złamanego kąta w zębach siecznych stałych,
- leczenia kanałowego wszystkich zębów,
- kompozytowych materiałów światłoutwardzalnych do wypełnień w zębach siecznych i kłach (zęby przednie górne i dolne od trójki do trójki),
- protez dziecięcych całkowitych i częściowych,
- **dziecku do ukończenia 12 roku życia przysługuje leczenie aparatem ortodontycznym do zdejmowania jedno- i dwuszcękowym**. Bezpłatna kontrola po zakończeniu leczenia oraz naprawa aparatu (raz w roku) przysługuje wyłącznie dzieciom leczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego do ukończenia 13 lat. Nie przysługuje wymiana i naprawa aparatu uszkodzonego z powodu

nieprawidłowego użytkowania. Pacjent powinien potwierdzić (na zleceniu) odbiór wykonanego aparatu ortodontycznego lub jego naprawy.

Dzieci i młodzież do ukończenia 19 roku życia mają prawo **dodatkowo** do profilaktycznych świadczeń stomatologicznych, w tym:

- oceny stanu uzębienia,
- kontroli higieny jamy ustnej,
- profilaktyki profesjonalnej próchnicy, w tym profilaktyki fluorkowej przy braku przeciwwskazań,
- oceny stanu morfologicznego i funkcji żucia,
- wykrywania nieprawidłowości zgryzu i kwalifikacji do szczególnej opieki stomatologicznej,
- zastosowania działań zapobiegających wadom zgryzu - profilaktyki ortodontycznej,
- zgodnie z zakresem określonym dla poszczególnych grup wiekowych w załączniku nr 11 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Kobiety w ciąży i w okresie połogu (42 dni od dnia porodu) mają prawo **dodatkowo** do:

- leczenia kanałowego wszystkich zębów,
- usunięcia złogów nazębnych nie częściej niż 1 raz na 6 miesięcy,
- badania kontrolnego nie częściej niż 1 raz na kwartał.

Dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym do ukończenia 16 roku życia oraz osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym od ukończenia 16 roku życia przysługuje **dodatkowo**:

- znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych,
- kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień - jeżeli wynika to ze wskazań medycznych.

7. Leczenie uzdrowiskowe

Leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, którego celem jest rehabilitacja, leczenie chorób przewlekłych pacjenta oraz profilaktyka, między innymi przy wykorzystaniu naturalnych zasobów leczniczych. Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia pacjenta, brak lub istniejące przeciwwskazania oraz wpływ leczenia uzdrowiskowego na stan zdrowia pacjenta. Na skierowaniu lekarz wpisuje wyniki badań: morfologię, OB, moczu, EKG, Rtg klatki piersiowej (badania wykonywane są na koszt placówki, z której pochodzi skierowanie), a w przypadku dzieci - morfologię, moczu, kału na jaja pasożytów. Lekarz lub sam pacjent przesyła (lub przynosi osobiście) skierowanie w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem „skierowanie na leczenie uzdrowiskowe” do oddziału wojewódzkiego NFZ. 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 18 miesięcy od daty wystawienia (a nie złożenia do oddziału NFZ) skierowania. Skierowanie po utracie ważności odsyłane jest do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego celem weryfikacji (lekarz ma na to 30 dni), a pacjent powiadamiany jest pisemnie o utracie jego ważności. Lekarzowi oceniającemu skierowanie przysługuje także prawo dokonania zmiany kwalifikacji skierowania.

Warto też wiedzieć, że:

- ✓ Nie każdy pobyt w szpitalu jest automatycznie wskazaniem do leczenia uzdrowiskowego szpitalnego.
- ✓ Dzieci w wieku 3 do 6 lat mogą być kierowane na leczenie uzdrowiskowe pod nadzorem opiekuna prawnego lub same.
- ✓ Dzieci uczęszczające do szkoły podstawowej lub gimnazjum kierowane są na leczenie uzdrowiskowe przez cały rok, a młodzież szkół ponadgimnazjalnych w okresie wolnym od nauki.
- ✓ Nie ma możliwości połączenia leczenia uzdrowiskowego dziecka i osoby dorosłej w tym samym obiekcie i terminie.
- ✓ NFZ nie ma obowiązku zapewnić wspólnego wyjazdu małżonkom (tzn. w tym samym terminie i do tego samego zakładu lecznictwa uzdrowiskowego).
- ✓ NFZ nie zapewnia wspólnego kierowania na leczenie uzdrowiskowe osób o różnych kwalifikacjach lekarskich np. leczenie w sanatorium uzdrowiskowym i leczenie w szpitalu uzdrowiskowym.
- ✓ NFZ nie ma obowiązku wspólnego kierowania na leczenie rodzeństwa w przypadku, jeśli tylko jedno z dzieci jest uczniem szkoły ponadgimnazjalnej.
- ✓ NFZ nie zapewnia leczenia w konkretnym uzdrowisku wskazanym przez pacjenta.
- ✓ NFZ nie zapewnia kierowania ubezpieczonych do uzdrowisk tylko w miesiącach wiosenno - letnich czy podczas ferii zimowych. Pacjent i lekarz wystawiający skierowanie nie ma wpływu na wybór miejscowości uzdrowiskowej. Leczenie uzdrowiskowe jest prowadzone przez cały rok, a wyniki leczenia nie zależą od pory roku.
- ✓ NFZ nie ma wpływu na warunki zakwaterowania (pokój z sanitariatem lub bez, dochodzenie na zabiegi, posiłki, itp.)

Istnieją następujące formy leczenia uzdrowiskowego:

- w szpitalu uzdrowiskowym dla dorosłych: 21-dniowe, bezpłatne, w ramach czasowej niezdolności do pracy,
- w szpitalu uzdrowiskowym dla dorosłych w formie rehabilitacji uzdrowiskowej: 28-dniowe, bezpłatne, w ramach czasowej niezdolności do pracy,
- w sanatorium uzdrowiskowym dla dorosłych: 21-dniowe, w ramach urlopu, z częściową odpłatnością ubezpieczonego za wyżywienie i zakwaterowanie,
- w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci (3 - 18 r. ż.): 27-dniowe, bezpłatne,
- w sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci (3 - 6 r. ż.) pod opieką osoby dorosłej: 21-dniowe, dla dzieci bezpłatne, natomiast opiekun dziecka ponosi pełny koszt pobytu wg cennika zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, a opiekun czynny zawodowo korzysta nadto z urlopu wypoczynkowego lub bezpłatnego,
- leczenie ambulatoryjne: 6 - 18 osobodni.

Osoba skierowana na leczenie uzdrowiskowe ponosi następujące koszty (zmiana stawek nastąpiła od 1 lutego 2011 roku):

- koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego,
- koszty częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach uzdrowiskowych (nie dotyczy szpitali uzdrowiskowych),
- koszty pobytu i wyżywienia podczas korzystania z leczenia ambulatoryjnego,
- koszty pobytu opiekuna,
- dodatkowe opłaty w zależności od przepisów lokalnych obowiązujących w miejscu położenia zakładu lecznictwa uzdrowiskowego np. opłaty klimatyczne.

Rezygnacja

W przypadku rezygnacji z otrzymanego skierowania pacjent powinien je bezzwłocznie zwrócić do oddziału Funduszu. Każda rezygnacja z przyznanego leczenia uzdrowiskowego powinna być uzasadniona i udokumentowana pisemnie. Oddział Funduszu uznaje rezygnację i zwrot skierowania z leczenia uzdrowiskowego za zasadny wyłącznie w szczególnych przypadkach takich jak: wypadek losowy, pobyt w szpitalu czy choroba świadczeniobiorcy (potwierdzone odpowiednim dokumentem). W przypadku uznania rezygnacji, oddział Funduszu wyznaczy nowy termin realizacji skierowania bez „wypadania” z kolejki. Natomiast zwrot skierowania z takich powodów, jak na przykład; pacjentowi nie pasuje termin, okres grzewczy, opieka nad zwierzęciem domowym, Święto Zmarłych, zbyt krótki dzień, zła pogoda, zbyt mało towarzysko atrakcyjna miejscowość, zły dojazd, traktowany jest jak rezygnacja nieuzasadniona.

Dział Lecznictwa Uzdrawiskowego Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, 25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9, pokój nr 9.

Przyjęcia osób ubezpieczonych - dni robocze w godzinach **8⁰⁰-14³⁰**. Informacja telefoniczna (w godzinach **8⁰⁰-12⁰⁰**): **(41) 36 46 241(242, 251)**.

Wniosek sanatoryjny można także złożyć w punkcie obsługi świadczeniobiorców Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w **Sandomierzu**, ul. Mickiewicza 34, godziny otwarcia - w dni robocze w godz. **7³⁰ - 15³⁰**, tel. **663 43 15 71**.

8. Leczenie rehabilitacyjne

Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą się odbywać w warunkach:

- ambulatoryjnych,
- domowych,
- w ośrodku lub oddziale dziennym,
- hospitalizacji stacjonarnej.

Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych

Skierowanie na ten typ rehabilitacji leczniczej może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (Uwaga! Skierowanie jest ważne 30 dni od momentu wystawienia - przez ten okres należy je zarejestrować w zakładzie rehabilitacyjnym), a w przypadku dysfunkcji narządu ruchu wywołanej wadami postawy - lekarz poradni rehabilitacji leczniczej lub poradni ortopedii i traumatologii narządu ruchu. NFZ finansuje do 5 zabiegów dziennie w cyklu 10-dniowym. Zakład rehabilitacyjny wyznacza termin zabiegów zgodnie ze swoimi możliwościami i terminem zgłaszania się pacjentów.

Rehabilitacja w warunkach domowych

Ten typ rehabilitacji przeznaczony jest dla osób nie poruszających się samodzielnie i nie mających możliwości dotarcia do zakładu rehabilitacyjnego. Realizowany jest u pacjentów, których trudności w samodzielnym poruszaniu się spowodowane są:

- ogniskowymi uszkodzeniami mózgu do 12 miesięcy od ostrego incydentu mózgowego,
- ciężkimi uszkodzeniami CUN i OUN (5 stopień w skali Rankina - nie dotyczy dzieci do 18 roku życia),
- chorobami przewlekłe postępującymi,
- uszkodzeniami rdzenia kręgowego - przez okres do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego,
- chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu (do 6 miesięcy po operacji),
- urazami kończyn dolnych (do 6 miesięcy po urazie).

Rehabilitacja w warunkach domowych przysługuje także osobom w stanie wegetatywnym/apalicznym.

Skierowanie może wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, w tym także lekarz rodzinny. Po otrzymaniu skierowania pacjent (lub upoważniona przez niego osoba) ustala w zakładzie rehabilitacyjnym mającym umowę z NFZ terminy wizyt rehabilitacyjnych w domu chorego. Roczny czas rehabilitacji domowej wynosi maksymalnie 80 dni zabiegowych (do pięciu zabiegów dziennie), w uzasadnionych i udokumentowanych medycznie przypadkach może być jednak zwiększony.

Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym

Ten typ rehabilitacji przeznaczony jest dla pacjentów, których stan zdrowia z jednej strony nie pozwala na korzystanie z zabiegów w warunkach ambulatoryjnych, a z drugiej nie wymagają 24-godzinnej nadzoru medycznego. Trwa ona zazwyczaj od 3 do 6 tygodni (decyduje o tym lekarz), przez pięć dni w tygodniu i zawiera średnio 5 zabiegów dziennie.

Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych

Jest skierowana do chorych, którzy ze względu na stan zdrowia i kontynuację leczenia wymagają nie tylko kompleksowych czynności rehabilitacyjnych, ale także całodobowej opieki pielęgniarskiej i nadzoru lekarskiego. Skierowania wystawiane są przez lekarzy z oddziałów oraz poradni specjalistycznych (do skierowania powinna być dołączona aktualna dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie i stan zdrowia), a czas trwania zależy od decyzji lekarza prowadzącego na oddziale. Pacjent korzysta średnio z pięciu zabiegów dziennie.

9. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ pacjenci mogą korzystać z tak zwanej opieki długoterminowej, która może być świadczona zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i domowych.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych (zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy) przeznaczone są dla pacjentów przewlekle chorych oraz osób, które po leczeniu szpitalnym nie wymagają dalszej hospitalizacji, ale ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej, rehabilitację nie mogą przebywać w domu. Ocenę braku samodzielności i konieczności stałej opieki osoby trzeciej ocenia się w tak zwanej skali Bartel - do zakładu opiekuńczego kwalifikują się pacjenci, którzy w wywiadzie pielęgniarsko-lekarskim uzyskują 40 lub mniej punktów. Sposób i tryb kierowania pacjentów do publicznych placówek oraz ustalenie częściowej odpłatności określa Minister Zdrowia (pacjent przebywający w zakładzie opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania, natomiast za leki badania i inne świadczenia medyczne płaci zakład opiekuńczy), natomiast w przypadku placówki niepublicznej o sposobie przyjęcia decyduje dyrektor zakładu w porozumieniu z lekarzem.

Obłożnie chorzy, którzy nie wymagają pobytu w zakładach opieki całodobowej mogą skorzystać z tak zwanej pielęgniarstwa opieki domowej. Jest ona realizowana we współpracy z lekarzem POZ. Do tego typu świadczeń mogą być zakwalifikowani chorzy którzy w ocenie skali Bartel otrzymali 40 punktów lub mniej, a nie zostali objęci opieką przez zakład opiekuńczy czy hospicjum i nie są w ostrej fazie choroby psychicznej. Świadczenia pielęgniarstwa opieki domowej są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Ważne!

Rodzina pacjenta lub jego opiekun ma obowiązek zapewnić środki higieniczne i opatrunkowe, leki oraz inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza. Należy również pamiętać, że ten typ opieki dotyczy wyłącznie czynności pielęgniarstwa (np. 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), nie obejmuje natomiast zabiegów higienicznych czy żywieniowych (np. mycie, karmienie, prowadzenie do toalety, itp.).

W ramach zarówno stacjonarnej jak i domowej opieki długoterminowej prowadzone są też kompleksowe (realizowane przez lekarza, pielęgniarkę i fizjoterapeutę) świadczenia opiekuńcze dla chorych wentylowanych mechanicznie, czyli takich, którzy poddawani są terapii oddechowej przy pomocy respiratora.

Opieka paliatywna i hospicyjna

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Obejmuje ona zwalczanie bólu i leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych, pielęgnację oraz wspieranie rodziny chorego. Świadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej udzielane są w warunkach ambulatoryjnych, domowych oraz stacjonarnych: w poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym, oddziale medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarnym. Do objęcia pacjenta opieką paliatywną konieczne jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

10. 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**” wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Istnieją dwa rodzaje zleceń: comiesięczne (np. pieluchomajtki, sprzęt stomijny, cewniki, worki do zbiórki moczu) oraz niecykliczne na pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (np. wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, materace przeciwodleżynowe). W przypadku przedmiotów i materiałów niecyklicznych zlecenie

musi być wystawione przez określonego specjalistę (np. zlecenie na aparat słuchowy wystawia laryngolog, a na soczewki okularowe - okulista). Natomiast w przypadku zaopatrzenia comiesięcznego zlecenie może wystawić również lekarz pierwszego kontaktu. Zlecenie musi zostać potwierdzone (osobiście przez pacjenta, inną osobę w jego imieniu lub drogą pocztową) przez oddział wojewódzki NFZ, do którego pacjent należy. Przy potwierdzaniu zlecenia wymagany jest (do wglądu) dokument ubezpieczenia oraz dowód osobisty osoby, której dotyczy zlecenie. Uwaga! Bardzo ważne jest by wszystkie pola druku zlecenia wskazane do wypełnienia przez lekarza, były uzupełnione - zdarza się, że wpisany jest tylko numer PESEL i przybita pieczęć, a brakuje na przykład informacji, czego faktycznie dotyczy zlecenie.

Osoby, które już korzystały z zaopatrzenia comiesięcznego w środki pomocnicze, jak na przykład w pieluchomajtki, w momencie, kiedy skończyła się (zapełniła się) im się stara karta, powinny ją oddać do Funduszu i przedłożyć do potwierdzenia przez pracownika NFZ kolejne zlecenie na zaopatrzenie w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie (część A). Wówczas pacjent otrzyma nową kartę na kolejne 12 miesięcy.

Ważne!

Aby uzyskać refundację na którykolwiek ze środków pomocniczych zawsze najpierw trzeba mieć potwierdzenie zlecenia przez NFZ, a dopiero później kupować go (odbierać) w sklepie, aptece, punkcie mającym podpisaną umowę z Funduszem. Nie ma możliwości zmiany kolejności tych czynności: **Fundusz nie zwraca pieniędzy za przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zakupione bez potwierdzenia (nawet zgodnie ze zleceniem lekarskim).**

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze są refundowane przez NFZ do wysokości limitu określonego w przepisach Ministerstwa Zdrowia. Jeśli cena wybranego przez pacjenta przedmiotu jest wyższa niż cena określona limitem, oddział wojewódzki NFZ pokrywa koszt przedmiotu jedynie do wysokości limitu, a różnicę pomiędzy ceną brutto, a kwotą refundacji dopłaca pacjent. Wysokość tej dopłaty zależy od rodzaju wyrobu medycznego, jego ceny oraz wysokości limitu. Refundacja danego środka czy przedmiotu przysługuje pacjentowi na konkretny okres czasu i dopiero po jego upływie możliwe jest wystawienie przez lekarza kolejnego wniosku na następny wyrób medyczny.

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,
- uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Niezbędne przy potwierdzeniu tu będą dokumenty uprawniające do zniżki np. legitymacja inwalidy wojennego lub osoby represjonowanej.

Dział ds. Środków Pomocniczych i Przedmiotów Ortopedycznych

Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, 25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9, pokój nr 3 (budynek seminarium), godziny otwarcia - w dni robocze w godzinach **8⁰⁰ - 16⁰⁰**. Informacja telefoniczna: **(41) 36 46 237**.

Potwierdzenia zlecenia można także dokonać w punkcie obsługi świadczeniobiorców Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Sandomierzu, ul. Mickiewicza 34, godziny otwarcia - w dni robocze w godz. **7³⁰ - 15³⁰**, tel. **663 43 15 71**.

11. Transport sanitarny

Transport sanitarny - w zależności od choroby i stanu pacjenta oraz samego celu transportu, może być bezpłatny, częściowo płatny i płatny w całości przez chorego.

Transport bezpłatny przysługuje:

- osobom z dysfunkcją ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków publicznego transportu bez względu na schorzenie pacjenta
- w przypadku konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej wynikającej z ciągłości zachowania ciągłości leczenia (np. z jednego szpitala do drugiego).

Transport częściowo odpłatny (60 procent płaci pacjent, 40 placówka medyczna) przysługuje w wypadku:

- chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- chorób nowotworowych,
- chorób oczu,
- chorób przemiany materii,
- chorób psychicznych,
- chorób skóry i tkanki podskórnej,
- chorób układu krążenia,
- chorób układu moczowo-płciowego,
- chorób układu nerwowego,
- chorób układu oddechowego,
- chorób układu ruchu,
- chorób układu trawiennego,
- chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- urazów i zatruc,
- wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych.

Uwaga!

Transport darmowy lub współfinansowany obejmuje przewiezienie pacjenta do najbliższej placówki, gdzie może być udzielone zleczone świadczenie. Jeżeli pacjent wybiera inną placówkę, musi dopłacić różnicę wynikającą z kosztów odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym, a docelowym.

W nie wymienionych powyżej przypadkach transport jest w 100 procentach finansowany przez chorego.

Transport w POZ

W ramach świadczeń poradni POZ pacjentowi przysługuje transport w przypadku konieczności leczenia w innym zakładzie opieki zdrowotnej lub dla zachowania ciągłości leczenia, gdy jest ono realizowane przez lekarza POZ. Dotyczy jednak wyłącznie pierwszorazowej wizyty - w przypadku kontynuacji leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a więc w przypadku kolejnej wizyty w tej poradni specjalistycznej, transport jest już realizowany nie przez POZ, ale przez tę poradnię specjalistyczną. Świadczenie obejmuje przejazd z miejsca zamieszkania pacjenta do placówki medycznej i z powrotem - zasady odpłatności takie jak wyżej.

Odrębną kategorią jest tak zwany transport daleki w POZ. Dotyczy sytuacji, kiedy pacjent musi skorzystać z konkretnej poradni specjalistycznej lub z wysokospecjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych realizowanych przez placówkę oddaloną od miejsca zamieszkania więcej niż 120 kilometrów „tam i powrotem” oraz w przypadku kiedy pacjent z przyczyn losowych musiał skorzystać z pomocy szpitala za granicą i jego stan zdrowia nie pozwala na samodzielny powrót do domu lub wymaga kontynuacji leczenia w kraju (transport obejmuje trasę od granicy Polski do miejsca zamieszkania lub leczenia, nie jest realizowany za granicą). W każdym takim przypadku należy koniecznie dołączyć do wniosku zaświadczenie z poradni specjalistycznej, która ma wykonać świadczenie. Natomiast lekarz rodzinny potwierdza zasadność realizacji transportu dalekiego i wskazuje, kto ma go realizować.

Aby skorzystać z dalekiego transportu sanitarnego pacjent (lub osoba przez niego upoważniona) powinna wystąpić do oddziału Funduszu z wnioskiem poświadczonym przez lekarza POZ.

12. Recepty i leki

Pacjentowi na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne. 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 recept podlegających refundacji.

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 wydawane bezpłatnie, z odpłatnością ryczałtową, 30% oraz 50% do wysokości limitu,
- leki recepturowe sporządzane z surowców farmaceutycznych oraz leków gotowych zamieszczonych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, jeżeli przepisana przez lekarza dawka tych leków jest mniejsza od najmniejszej zarejestrowanej dawki leku gotowego w formie stałej stosowanej doustnie. Odpłatnością za refundowany lek recepturowy jest opłata ryczałtowa wynosząca 5 zł.

Istnieją też dodatkowe uprawnienia przysługujące określonym grupom pacjentów:

- **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 osobom represjonowanym, uprawnionym do renty rodzinnej, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolami "Rp" lub "Rpz", za wyjątkiem leków recepturowych, które wydawane są na podobnych zasadach jak dla ubezpieczonych.
- **IW (Inwalida Wojskowy)** - inwalidom wojskowym oraz niewidomym ofiarom działań wojennych, przysługuje bezpłatnie 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. Leki wymienione w odpowiednim wykazie Ministra Zdrowia (Dz.U. 08.118.761) stosowane w związku z oddawaniem krwi otrzymują bezpłatnie.
- **Zasłużony Honorowy Dawca Przeszczepu** - Zasłużeni Honorowi Dawcy Przeszczepu otrzymują leki z listy podstawowej i uzupełniającej do wysokości limitu. Leki wymienione w odpowiednim wykazie Ministra Zdrowia (Dz.U. 08.118.761) stosować w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek, tkanek i narządów otrzymują bezpłatnie.
- **PO** - osoby wykonujące powszechny obowiązek obrony otrzymują bezpłatnie i bez dopłaty do limitu wszystkie leki z listy podstawowej i uzupełniającej oraz leki recepturowe.
- **AZ** - pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest otrzymują bezpłatnie leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbecie wyszczególnione w osobnym wykazie (Dz.U. 05.189.1603).

- **CN** - nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu lub porożu otrzymują leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze związane z ciążą, porodem i porożem 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.

Termin realizacji recept:

- nie może przekroczyć 7 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 albo od daty realizacji jeśli receptę opatrzone tą datą,
- nie może przekroczyć 120 dni od daty jej wystawienia w przypadku realizacji recepty na leki sprowadzane z zagranicy dla użytkowników indywidualnych,
- nie może przekroczyć 90 dni od daty jej wystawienia w przypadku realizacji recepty na preparaty immunologiczne dla indywidualnego pacjenta,
- nie może przekroczyć 14 dni od daty wystawienia w przypadku recepty wystawionej na preparaty zawierające środki odurzające grupy 1-N lub substancje psychotropowe grupy II-P.

III. Leczenie w krajach Unii Europejskiej



Wzór Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Wyjeżdżając na wypoczynek lub w celu odwiedzenia rodziny do któregośkolwiek kraju Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu EFTA (Islandii, Liechtensteinu, Norwegii i Szwajcarii) warto zabrać ze sobą Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, w skrócie EKUZ. Jest to dokument w postaci plastikowej karty, potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne, dzięki któremu w razie nagłego zachorowania czy wypadku nie będziemy płacić pełnego kosztu leczenia.

Ważne!

Karta EKUZ gwarantuje nam takie zasady udzielania świadczeń medycznych, jakie obowiązują ubezpieczonych w kraju gdzie przebywamy. Oznacza to, że jeżeli w danym państwie na przykład dopłaca się do transportu sanitarnego, pierwszych dni pobytu w szpitalu, leków, wizyty u lekarza – my też będziemy musieli dopłacić. Każde państwo UE/EFTA ma bowiem własny system opieki zdrowotnej i dlatego przed wyjazdem dobrze jest się zapoznać z ulotkami informacyjnymi aby wiedzieć jakie świadczenia będą udzielone nieodpłatnie, a ile i za co będziemy musieli zapłacić z własnej kieszeni.

EKUZ zapewnia nam pomoc medyczną wyłącznie w stanach nagłego zachorowania - nie jest dokumentem, na podstawie którego za granicą możemy wykonać operację planową czy planowo się leczyć. EKUZ nie jest też dokumentem potwierdzającym prawo do bezpłatnej opieki medycznej w Polsce – tą kartą nie możemy się posługiwać udając się do przychodni czy szpitala na terenie naszego kraju.

Jak wyrobić sobie EKUZ?

EKUZ uzyskamy w Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia do którego odprowadzamy składki. W tym celu w oddziale wojewódzkim Funduszu, albo ze strony internetowej (www.nfz-kielce.pl) musimy pobrać wniosek o wydanie EKUZ (od 2011 roku obowiązują nowe druki). Z wypełnionym kwestionariuszem oraz aktualnymi dokumentami potwierdzającymi ubezpieczenie zdrowotne (patrz rozdział I „dowód ubezpieczenia”) oraz dowodem osobistym zgłaszamy się do Wydziału Współpracy Międzynarodowej NFZ. Jeżeli nie możemy osobiście złożyć dokumentów i odebrać EKUZ możemy to zrobić przez zaufaną osobę, której wystawiamy pisemne upoważnienie.

Termin ważności EKUZ

Zgodnie z nowymi przepisami od 1 stycznia 2011 Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego wydawana jest na następujące okresy:

- 5 lat dla emeryta,
- 6 miesięcy dla osób ubezpieczonych tj. osób zatrudnionych, prowadzących pozarolniczą i rolniczą działalność gospodarczą, pobierających rentę, studentów, którzy ukończyli 26 lat zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię, członków rodzin ww. (w przypadku członka rodziny - dzieci - powyżej 18 r.ż. niezbędne jest każdorazowe przedstawienie dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki),
- 2 miesięcy dla osób bezrobotnych zarejestrowanych w Urzędzie Pracy oraz niewymienionych wcześniej osób ubezpieczonych.

Dodatkowo karta może być wydana:

- do 6 miesięcy dla kobiet w okresie ciąży lub porodu, posiadających obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (długość ważności karty jest uzależniony od stopnia zawiązania ciąży potwierdzonego przez lekarza ginekologa) oraz dzieci i młodzieży do 18 roku życia (okres ważności karty kończy się z dniem ukończenia przez te osoby 18 roku życia),
- do 90 dni (nie dłużej jednak niż data wskazana w decyzji) dla osób, które spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej i otrzymały decyzję np. wójta, burmistrza (uprawnione na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych),
- do 42 dni od dnia porodu dla kobiet w okresie połogu, posiadających obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Osoba wyjeżdżająca do pracy otrzymuje Kartę tylko na okres do momentu podjęcia pracy. Okres ważności EKUZ nie może przekraczać okresu przyznanego świadczenia.

UWAGA! Parlament Europejski przegłosował dyrektywę mówiącą o możliwości leczenia się bez granic w ramach państw zrzeszonych w Unii Europejskiej. Jednak jeżeli przepisy te wejdą w życie, to nie wcześniej niż w 2013 roku. Ponadto zasada refundacji polegałaby na tym, że państwo polskie zwracałoby wyłącznie kwotę w wysokości ceny danego zabiegu czy porady w Polsce, różnicę dopłacałby pacjent.

Wydział Współpracy Międzynarodowej Świątokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, ul. Jana Pawła II 9, 25-025 Kielce – budynek seminarium, pokój numer 4, tel. (41) 36 46 222 (136, 215), godziny otwarcia - 8⁰⁰ - 16⁰⁰ w dni robocze.

EKUZ można także otrzymać w punkcie obsługi świadczeniobiorców Świątokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w **Sandomierzu**, ul. Mickiewicza 34, godziny otwarcia - w dni robocze w godz. 7³⁰ - 15³⁰, tel. **663 43 15 71**.

IV. Prawa pacjenta

Podstawowe prawa pacjenta wynikają z Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997r. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.), a także następujących ustaw:

- z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity - Dz.U. z 2007r. Nr14 poz.89 z późn. zm.)
- z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994r. Nr 111 poz.535 z późn. zm.)
- z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2009 r. Nr 151 poz.1217 z późn. zm.)
- z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity, Dz.U. z 2009r. Nr 151 poz. 1271 z późn. zm.)
- z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity - Dz.U. z 2008r. Nr 136 poz.857 z późn. zm.)
- z dnia 6 listopada 2008 r. prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009r. Nr 52 poz.417 z późn. zm.)

Każdy ma prawo do ochrony zdrowia i do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pacjent zgłaszający się do zakładu opieki zdrowotnej ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności. Ponadto pacjent ma prawo do:

- udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
- uzyskania od lekarza natychmiastowej pomocy lekarskiej w sytuacji zagrożenia utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki,
- uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu,
- decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji o stanie zdrowia pacjenta,
- wyrażenia zgody lub odmowy na przeprowadzenie badania lub zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko,
- poszanowania przez lekarza intymności i godności osobistej pacjenta,

- decydowania o uczestniczeniu przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osób innych niż niezbędny personel medyczny,
- wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego,
- wiedzy o zamiarze lekarza o odstąpieniu od leczenia pacjenta i wskazania mu realnych możliwości leczenia się u innego lekarza,
- decydowania o podaniu przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta,
- decydowania o udziale w eksperymencie medycznym,
- wiedzy o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwościach cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium,
- wyrażenia i cofnięcia w każdej chwili sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów,
- dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonego biorcy,
- ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą,
- pacjent mający być biorcą ma prawo do umieszczenia go na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów i być wybrany jako biorca w oparciu o kryteria medyczne,
- do świadczeń zdrowotnych pogotowia ratunkowego w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia,

Ponadto w Zakładach Opieki Zdrowotnej udzielających świadczeń przez całą dobę (np. w szpitalu, sanatorium, zakładzie leczniczo-opiekuńczym) pacjent ma prawo do:

- zapewnienia mu środków farmaceutycznych i materiałów medycznych oraz pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
- opieki duszpasterskiej oraz dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie, kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz,
- wypisania z zakładu opieki zdrowotnej na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w tym zakładzie.

V. Gdzie złożyć skargę

Jeżeli pacjent nie jest zadowolony ze sposobu udzielenia mu świadczeń medycznych, ma uwagi do postępowania personelu medycznego czy funkcjonowania placówki medycznej, może złożyć skargę:

➔ **U bezpośredniego przełożonego** - każdy pacjent ma prawo złożyć skargę u bezpośredniego przełożonego osoby, która jego zdaniem postąpiła niewłaściwie (na przykład u ordynatora, pielęgniarki oddziałowej, pielęgniarki naczelnej), u szefa placówki medycznej (dyrektora, prezesa), w której doznał krzywdy.

➔ W sprawach dotyczących błędów lekarskich lub nieetycznego zachowania się lekarzy, skargę można złożyć u Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowych Izb Lekarskich, właściwych terytorialnie :

Świętokrzyska Izba Lekarska

ul. Wojska Polskiego 52, 25-389 Kielce,

telefon: (41) 368-75-67, (41) 362-13-81, tel/fax: (41) 362-15-00.

e-mail: sekretariat@sil.apsnet.pl ,

Instancją odwoławczą jest Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

➔ W analogicznych sprawach dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki, skargi rozpatruje

Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Młoda 28, 25-619 Kielce,

telefon: (41) 346-22-83,

e-mail: sipip@interia.

➔ **Świętokrzyskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia**

Skargę na zakład opieki zdrowotnej, który ma podpisaną umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej można złożyć w Sekcji Skarg i Wniosków Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ:

25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9, pokój 023, tel. (41) 36-46-106. Wszelkie wątpliwości i informacje można też uzyskać pod specjalnym numerem telefonu Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ: 194-88, poniedziałek-piątek, w godzinach 8⁰⁰ - 16⁰⁰.

➔ **W Centrali NFZ** – Wydział Skarg i Wniosków - Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia:

ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa,

telefon. **(22) 572 60 21, 572 61 95, 572 61 55, 572 62 44,**

e-mail: **infolinia@nfz.gov.pl,**

Infolinia - **0 800 392 976**

➔ **U Rzecznika Praw Pacjenta**

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Al. Zjednoczenia 25

01-829 Warszawa

telefon/faks: **(22) 833 08 86**

e-mail: **sekretariat@bpp.gov.pl**

Biuro czynne: pn. – pt. w godz. **8¹⁵ – 16¹⁵**

Przyjmowanie pacjentów: pn. – pt. w godz. **9⁰⁰ – 16⁰⁰**

Prawnik biura przyjmuje: pn. – pt. w godz. **9⁰⁰ – 15⁰⁰**

Konsultanci medyczni: pn. – czw. w godz. **15³⁰ – 19³⁰**

Bezpłatna infolinia:

0 800 190 590 (pn. – pt. w godz. **9⁰⁰ – 21⁰⁰**)

➔ **U Rzecznika Praw Obywatelskich** - instancją, do której pacjent może złożyć skargę, jest także Rzecznik Praw Obywatelskich:

Aleja Solidarności 77, 00 - 090 Warszawa,

telefon: **(22) 55 17 700,** fax. **(22) 827 64 53,**

e-mail: **rzecznik@rpo.gov.pl,**

➔ Jeśli pacjent poniósł wymierne szkody zdrowotne może złożyć pozew do **sądu cywilnego** o odszkodowanie i zadośćuczynienie.

Część B – Wykaz placówek medycznych mających podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia

Aktualny wykaz placówek medycznych dostępny

jest na stronie internetowej oddziału:

www.nfz-kielce.pl