

**EGZEMPLARZ
BEZPŁATNY**

JAK I GDZIE LECZYĆ SIĘ BEZPŁATNIE

**2015**

Poradnik
Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Uwaga!

Informator „Jak i gdzie leczyć się bezpłatnie” jest wydawnictwem całkowicie bezpłatnym. Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ nie pobiera żadnych opłat ani za sam poradnik, ani też za jego dostarczenie do domów mieszkańców województwa świętokrzyskiego. NFZ nie sprzedaje i nie prowadzi żadnych zapisów na ten informator. Nie istnieje też żadna firma, która by rozprowadzała poradnik na zlecenie Funduszu. Informator można odbierać z siedziby Funduszu w Kielcach przy ul. Jana Pawła II 9 oraz w naszych punktach obsługi pacjentów w Ostrowcu i Sandomierzu. Będziemy go też bezpłatnie przekazywać przychodniom, szpitalom, stowarzyszeniom pacjenckim, zainteresowanym starostwom i urzędom. Poprzez dystrybucję informatora nie prowadzimy też zbiórki pieniędzy na leczenie chorych dzieci czy innych grup pacjentów. Stąd też wszelkie próby sprzedaży czy płatnego dostarczania informatora są oszustwem i próbą wyłudzenia pieniędzy.

SPIS TREŚCI

Część A - Jak się leczyć? - wybrane informacje dotyczące zasad korzystania z bezpłatnych świadczeń medycznych

I. Informacje podstawowe	
Bezpłatna opieka medyczna - kto ma do niej prawo i w jakim zakresie	6
Ubezpieczenie zdrowotne, elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców (e-WUŚ)	8
Rejestracja i listy oczekujących	11
Dokumentacja medyczna	13
Zintegrowany Informator Pacjenta	15
II. Informacje o rodzajach świadczeń medycznych	
Stan nagły, zagrożenie życia i zdrowia	17
• Ratownictwo medyczne, pomoc w SOR i izbach przyjęć	17
• Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	18
• Stomatologiczna pomoc doraźna	19
• Specjalistyczna pomoc medyczna w godzinach późnowieczornych	20
Szybka terapia onkologiczna	21
Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	23
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)	26
Leczenie szpitalne	29
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	30
Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna	31
Leczenie rehabilitacyjne	33
Leczenie uzdrowiskowe	35
Leczenie stomatologiczne	38
Transport sanitarny	41
Refundacja leków	43
Refundacja przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	46
III. Profilaktyczne programy zdrowotne	48
IV. Leczenie w krajach Unii Europejskiej	50
• Karta EKUZ	50
• Transgraniczna Opieka Zdrowotna	52
V. Prawa pacjenta	54
VI. Dodatkowe uprawnienia wybranych grup pacjentów	56

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

I. Nagła pomoc	
• Ratownictwo medyczne	63
• Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	64
• Świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej	65
• Specjalistyczna pomoc medyczna w godzinach późnowieczornych	65
• Szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć	65
• Pomoc neonatologiczna i transport sanitarny	66
II. Podstawowa opieka zdrowotna	66
III. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	94
IV. Oddziały szpitalne	119
V. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	126
VI. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	129
VII. Opieka paliatywna i hospicyjna	131
VIII. Rehabilitacja	132
IX. Gabinety stomatologiczne	138
X. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (adresy placówek i sklepów, w których można zaopatrywać się w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze)	148
XI. Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane (adresy pracowni tomografii komputerowej, PET, poradni genetycznej, placówek prowadzących domowe leczenie tlenem, pracowni dializ)	160
XII. Programy profilaktyczne	161

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 Uzdrawiskowe

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 Lecznicy

ZPLA - Zespół Placówek Lecznictwa Ambulatoryjnego

ZPOL - Zespół Placówek Opiekuńczo Lecznicych

ZZLU - Zespół Zakładów Lecznictwa Uzdrawiskowego

WSTĘP

Końcówka roku 2014 i początek 2015, to mała rewolucja w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Przede wszystkim olbrzymi krok naprzód w polepszeniu diagnostyki i terapii pacjentów onkologicznych. Obowiązujące od Nowego Roku zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zwane potocznie pakietem onkologicznym sprawia, że chorzy onkologicznie, ale i ci, u których nowotwór dopiero się podejrzewa, będą diagnozowani szybciej i szybciej też zostaną poddani leczeniu. A przecież to właśnie czas jest najlepszym orężem w walce z rakiem - im guz wcześniej wykryty, im wcześniej wdrożone leczenie, tym szanse wyzdrowienia są większe. W województwie świętokrzyskim do pakietu onkologicznego przystąpiła większość szpitali i ponad 90 placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ich pełna i aktualna lista (cały czas występują w niej drobne korekty) znajduje się na stronie internetowej świętokrzyskiego NFZ: www.nfz-kielce.pl. Tu też publikowane są wszelkie zmiany legislacyjne dotyczące pakietu - informacje są aktualizowane na bieżąco, co nie jest niestety możliwe w papierowej wersji informatora.

Zmiany tej samej ustawy porządkują też system prowadzenia kolejek oczekujących na świadczenia medyczne. Chory dzwoniąc do Funduszu czy odwiedzając stronę internetową otrzyma informację o najbliższym wolnym terminie w wybranej placówce, a nie jak było wcześniej - o średnim czasie oczekiwania. Istotną nowością obowiązującą od jesieni roku ubiegłego jest możliwość - na określonych warunkach i na określonych zasadach - leczenia się Polaków w krajach Unii Europejskiej: 15 listopada 2014 roku weszły w życie przepisy wprowadzające w Polsce Dyrektywę Transgraniczną (zasady regulujące kto i na jakich zasadach może skorzystać z zagranicznej terapii omówione są w rozdziale „Transgraniczna Opieka Zdrowotna”).

Natomiast w 2015 roku nie ma strategicznych zmian wykazie placówek medycznych mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (ich aktualna lista w części II informatora), czyli przyjmujących pacjentów bez opłat. Zasadnicze konkursy na świadczenia medyczne zaplanowane są dopiero na pierwsze półrocze 2016 roku.

Część A - Jak się leczyć? - wybrane informacje dotyczące korzystania z bezpłatnych świadczeń medycznych i przysługujących pacjentom praw

I. Informacje podstawowe

1. Bezpłatna opieka medyczna - kto ma do niej prawo i w jakim zakresie

Każdy pacjent ma zapewnione prawo do świadczeń opieki medycznej i równy do niej dostęp - gwarantuje to konstytucja RP. W Polsce większość świadczeń medycznych jest bezpłatna dla chorego i nie ponosi on bezpośrednich kosztów leczenia. Nie oznacza to jednak, że leczenie nie kosztuje i szpitale czy przychodnie przyjmują pacjentów za darmo. Placówki medyczne otrzymują na leczenie - z Narodowego Funduszu Zdrowia - pieniądze ze środków publicznych w dużej mierze pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Leczenie niektórych osób nieubezpieczonych, ale uprawnionych na mocy obowiązujących przepisów, pokrywane jest z budżetu państwa.

Ważne !

Zapewnienie przez państwo prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest równoznaczne z **gwarancją realizowania wszystkich rodzajów świadczeń i nie oznacza także ich pełnej bezpłatności**. Przykładowo częściowo odpłatne jest leczenie stomatologiczne. Podczas leczenia uzdrawiskowego 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 niefinansowanych ze środków publicznych (a więc w całości płaconych przez pacjenta), który zawiera takie pozycje, jak na przykład operacje plastyczne w przypadkach niebędących następstwami wady wrodzonej, nieobowiązkowe szczepienia ochronne, akupresura, medycyna niekonwencjonalna, itp.

Aby nie płacić za leczenie (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 kwotowo opłaca składkę zdrowotną (obecnie wynosi ona 9 procent przychodu), ma prawo otrzymać taką samą pomoc medyczną i przysługują mu te same prawa. Pieniądze ze składki nie są odkładane na odrębne konta Polaków, ale trafiają do Centrali NFZ w Warszawie, a następnie są dzielone na poszczególne województwa w zależności - między innymi - od liczby

mieszkańców, demografii, liczby placówek medycznych w danym regionie, stopnia specjalizacji tych placówek. Dzięki temu z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych może korzystać każdy uprawniony, a nie tylko ten, który zgromadził najwięcej środków, bo najwięcej zarabia i niewiele korzysta z usług medycznych. Przy innym rozwiązaniu najubożsi ze swojej składki nie mieliby za co się leczyć, zwłaszcza nie mogliby korzystać z bardzo drogich procedur medycznych stosowanych na przykład w onkologii (chemioterapia, radioterapia), kardiologii (przeszczepy, plastyki tętnic, by-passy), ortopedii, neurologii, itp, których koszty liczą się w dziesiątkach i setkach tysięcy złotych (są pacjenci, których koszt leczenia przekracza milion złotych).

Uprawnionymi do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych są:

- **Osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego.**
- **Zgłoszeni do ubezpieczenia członkowie rodziny osoby ubezpieczonej** (*szerzej o obowiązkowym ubezpieczeniu i zasadach ubezpieczania członków rodzin w rozdziale „Ubezpieczenie zdrowotne”*).
- **Osoby uprawnione do świadczeń na podstawie decyzji wójta (burmistrza lub prezydenta miasta).**
Są to osoby nieubezpieczone spełniające określone kryterium dochodowe (określa je ustawa 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;
 - na wniosek placówki, która udzielała pomocy medycznej - złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczeń zdrowotnych w stanie nagłym;
 - na wniosek oddziału wojewódzkiego NFZ;
 - z urzędu.
- **Osoby do ukończenia 18 roku życia, kobiety w okresie ciąży, porodu i pokoju.**
Prawo do bezpłatnego leczenia mają także nieubezpieczone dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia z polskim obywatelstwem oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i pokoju (do 42 dnia po porodzie) 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 i krajów EFTA, jeśli w swoim kraju są ubezpieczeni w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Więcej na ten temat w rozdziale „Leczenie w krajach Unii Europejskiej”.

2. Ubezpieczenie zdrowotne, elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców (e-WUŚ)

Większość Polaków podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego np. z tytułu zatrudnienia, prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pozarolniczej działalności gospodarczej. Osoby te zgłaszane są (np. przez zakład, firmę, w której pracują) do ubezpieczenia za pośrednictwem ZUS lub KRUS. Po dokonanych zgłoszeniach uzyskują prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Po wygaśnięciu ubezpieczenia zdrowotnego osobie oraz zgłoszonym przez nią do ubezpieczenia członkom rodziny prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje jeszcze przez 30 dni, a także przez okres, w którym osoba ta ubiega się o przyznanie renty/emerytury lub pobiera zasiłek wypłacany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób (pod warunkiem, że są zgłoszone do ubezpieczenia), które ukończyły szkołę ponadgimnazjalną wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów, natomiast szkołę wyższą - po upływie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów.

Osoba ubezpieczona **ma obowiązek zgłosić (a także wyrejestrować) do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, ale tylko tych, którzy nie posiadają własnego tytułu do ubezpieczenia** (np. nie można zgłosić do ubezpieczenia członka rodziny, który jest zarejestrowany w urzędzie pracy, pracuje za granicą, prowadzi własną działalność gospodarczą, itp.). Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny nie powoduje zwielokrotnienia pobieranej składki zdrowotnej. Natomiast niezgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny niemającego prawa do ubezpieczenia z własnego tytułu grozi - w razie korzystania ze świadczeń medycznych - koniecznością zapłaty za leczenie. Członkiem rodziny w świetle przepisów ustawy jest:

1. **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. Natomiast 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 będzie z tego tytułu odprowadzać składkę. Dziecko do ubezpieczenia równolegle może zgłosić do ubezpieczenia zarówno mama, jak i tata;
2. **małżonek**;
3. **krewny** wstępny (tj. ojciec, matka, dziadkowie) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Uwaga! Nie zgłasza się do ubezpieczenia członka rodziny raz na całe życie. Przy każdej zmianie zatrudnienia, statusu ubezpieczenia, członka rodziny należy zgłosić ponownie.

Przykład 1

Jan K. jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę w firmie X. Zgłosił do ubezpieczenia dwoje swoich dzieci. Po kilku latach zmienia pracę - zatrudnia się w firmie Y. Jeżeli w firmie Y ponownie nie zgłosi dzieci do ubezpieczenia, będą one nieubezpieczone - straciły ten status z chwilą zwolnienia się ojca z pracy w firmie X.

Przykład 2

Jan K. zgłosił w zakładzie pracy do ubezpieczenia jako członka rodziny swoją niepracującą i niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy żonę. W pewnym momencie żona podjęła pracę na czas określony (czy też zawarła umowę zlecenie), więc uzyskała prawo do ubezpieczenia z własnego tytułu. Po kilku miesiącach pracę straciła i automatycznie straciła status osoby ubezpieczonej. Jeżeli mąż ponownie nie zgłosi żony do ubezpieczenia jako członka rodziny, będzie ona płacić za leczenie.

Przykład 3

Jan K. będąc zatrudnionym zgłosił do ubezpieczenia córkę, studentkę. Dziewczyna w trakcie roku akademickiego miała płatne praktyki w zakładzie pracy, który odprowadzał za nią składkę zdrowotną. Automatycznie zyskała prawo do ubezpieczenia z własnego tytułu, została więc wykreślona z ubezpieczenia jako członek rodziny. Po zakończeniu praktyk staje się osobą nieubezpieczoną. Jeśli ojciec - zaraz po zakończeniu praktyk - ponownie zgłosi córkę do ubezpieczenia, studentka ma prawo do bezpłatnej opieki medycznej. W przeciwnym razie zostanie ona obciążona kosztami leczenia.

Ubezpieczenie dobrowolne

Osoby, które nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z żadnego tytułu (na przykład nie są nigdzie zatrudnione, są pracownikami przebywającymi na urlopie bezpłatnym) mogą ubezpieczyć się dobrowolnie w Narodowym Funduszu Zdrowia. W tym celu osoba zainteresowana zgłasza się do Oddziału Funduszu właściwego dla miejsca zamieszkania, po okazaniu dowodu tożsamości wypełnia wniosek, do którego dołącza dokument określający datę, do której podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu i odprowadzana była za nią składka (w przypadku ubezpieczenia zagranicznego potwierdzenie okresów ubezpieczenia w kraju UE/EFTA należy przedstawić na formularzu E104 lub E001 wydanym przez instytucję ubezpieczeniową państwa, w którym była ubezpieczona). Następnie w ciągu 7 dni od podpisania umowy musi

zgłosić się do ZUS, by dokonać zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego siebie i ewentualnie członków rodziny. Co miesiąc odprowadza składkę zdrowotną, której wysokość zależy od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku. Zmienia się ona raz na kwartał (w I kwartale 2015 roku składka wynosiła 372,55 zł.). Ponadto, przed zawarciem umowy wnioskodawca wpłaca na konto oddziału wojewódzkiego Funduszu dodatkową, jednorazową opłatę, jeżeli nie był ubezpieczony i nie odprowadzał składki:

- od 3 miesięcy do roku - 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki;
- od 1 roku do 2 lat - 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki;
- od 2 lat do 5 lat - 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki;
- od 5 lat do 10 lat - 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki;
- powyżej 10 lat - 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.

Umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu można podpisać osobiście lub przez pełnomocnika, któremu zainteresowany udzielił pisemnego upoważnienia.

Warto wiedzieć !

- Tą samą umową mogą zostać objęci również zgłoszeni we wniosku członkowie rodziny wnioskodawcy, spełniający warunki określone przepisami ustawy (rozdział „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 opłacaniu składki, z chwilą zmiany miejsca zamieszkania poza terytorium Polski, objęcia obowiązkiem ubezpieczenia z innego tytułu (również w krajach UE/EFTA).

e-WUŚ, czyli elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców do bezpłatnych świadczeń medycznych

Jeszcze kilka lat temu pacjent udawał się do przychodni/szpitala z papierowym dowodem ubezpieczenia. Od roku 2012 w placówkach medycznych działa informatyczny system o nazwie elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców (pacjentów)

- e-WUŚ. Dzięki e-WUŚ lekarz (lub inna osoba upoważniona w placówce medycznej) sprawdza w zbiorze danych pochodzących z baz NFZ, ZUS, KRUS oraz MSW czy pacjent figuruje jako uprawniony do bezpłatnych świadczeń medycznych. A to oznacza, że **podczas wizyty wystarczy, okazać się numerem PESEL oraz jednym z trzech dokumentów potwierdzających tożsamość: dowodem osobistym, paszportem, prawem jazdy**. W placówce medycznej za pomocą systemu elektronicznego w ciągu kilku sekund lekarz otrzyma odpowiedź czy NFZ bądź budżet państwa sfinansuje leczenie. Jeżeli NFZ potwierdzi prawo pacjenta do świadczeń wówczas sprawy formalne się kończą - chory jest przyjmowany i nie płaci za leczenie.

W sytuacji, kiedy NFZ nie potwierdza prawa do bezpłatnych świadczeń, a pacjent jest przekonany, że takowe ma, może je udowodnić okazując się papierowym dokumentem ubezpieczenia (np. druk ZUS ZUA i ZCZA, RMUA, legitymacja emeryta, rencisty), bądź - gdy nie ma ich przy sobie - wypełnić oświadczenie potwierdzające, że jest osobą uprawnioną (gotowy druk otrzyma w przychodni czy szpitalu). I lekarz w przychodni, szpitalu czy każdej innej placówce medycznej na podstawie tych dokumentów ma obowiązek przyjąć pacjenta (a rejestratorka zarejestrować chorego).

Pamiętać jednak należy, że oświadczenie nieprawdy czy też przedstawienie nieaktualnego dokumentu ubezpieczenia wiąże się z windykacją poniesionych przez NFZ kosztów. Jeżeli okaże się, że chory jest nieubezpieczony, za wizytę wprawdzie nie zapłaci, ale będzie musiał zwrócić Funduszowi pieniądze, które ten przekazał przychodni czy szpitalowi za jego leczenie. Dlatego też ważne jest, by pacjenci, którzy dostali wezwanie z NFZ z prośbą o wyjaśnienie swojego statusu czy też wezwanie do zapłaty, nie zwlekali z odpowiedzią czy zapłatą, nie wyrzucali pism z NFZ do kosza. Fundusz w przypadku stwierdzenia braku prawa chorego do bezpłatnego leczenia ma ustawowy obowiązek ściągnięcia kwoty, jaką zapłacił szpitalowi czy przychodni za udzieloną pomoc osobie nieuprawnionej i wcześniej czy później trzeba będzie zapłacić. Tyle, że wcześniej oznacza mniej formalności, brak odsetek i uniknięcie kosztów windykacji.

3. Rejestracja i listy oczekujących

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

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

Ważne !

Na wizytę u lekarza pacjent ma prawo zapisać się dowolnie wybranego dnia przez cały czas pracy rejestracji. Ustalanie przez poradnię dni czy godzin do zapisywania się jest niezgodne z prawem. Termin kolejnej wizyty - jeśli takowa jest konieczna w toku leczenia - wyznacza się po zakończeniu poprzedniej, pacjenta rejestruje się od razu na konkretny dzień (z ewentualnym podaniem godziny), aby nie musiał przychodzić ponownie do poradni tylko po to, aby ustalić termin następnej porady.

W rejestracji przy zapisywaniu do lekarza powinno wyznaczyć się pacjentowi możliwie najkrótszy termin, a jeżeli z przyczyn obiektywnych jest on niemożliwy do dotrzymania, świadczeniodawca ma obowiązek zawiadomić o tym pacjenta i wyznaczyć nowy termin wizyty. Placówka medyczna ma obowiązek umieścić osobę na liście oczekujących na udzielenie świadczenia i realizować przyjęcia zgodnie z kolejnością zapisów. Przesunięcie na liście (zarówno na termin wcześniejszy, jak i późniejszy) może być spowodowane względami medycznymi, a także przyczynami leżącymi po stronie placówki medycznej (np. remont oddziału) lub uzasadnioną prośbą pacjenta - w przypadku zmiany na termin późniejszy. Listy powinny prowadzić placówki mające umowę z NFZ na świadczenia w rodzaju:

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- leczenie szpitalne;
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- rehabilitacja lecznicza;
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;
- leczenie stomatologiczne;
- świadczenia odrębnie kontraktowane;
- opieka paliatywna i hospicyjna.

Lekarz, który kieruje pacjenta na dalsze leczenie specjalistyczne, powinien zakwalifikować chorego do jednej z dwóch kategorii: przypadek pilny (konieczne jest jak najszybsze zdiagnozowanie i podjęcie leczenia specjalistycznego) i przypadek stabilny (udzielenie świadczenia nie jest pilne). Od rodzaju kategorii zależy termin przyjęcia. Odrębną listę oczekujących stanowią pacjenci z tzw. zieloną kartą, czyli zakwalifikowani do diagnostyki i leczenia w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej (na ten temat więcej w rozdziale „Szybka ścieżka onkologiczna”).

W przypadkach nagłych pacjent powinien być przyjęty poza kolejką.

Ważne !

Od stycznia pacjenci mogą sprawdzać na stronie internetowej Funduszu - <http://kolejki.nfz.gov.pl> daty pierwszych wolnych terminów przyjęć w poszczególnych poradniach i oddziałach szpitalnych. Placówki medyczne mają ustawowy obowiązek cotygodniowego (minimum raz w tygodniu) przesyłania do Funduszu „pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia”.

W rejestracji, poza możliwością zapisania się do lekarza, pacjent powinien uzyskać informacje 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 i godzin pracy lekarzy;
- miejsca udzielania nocnej i świątecznej pomocy medycznej - w przypadku rejestracji POZ.

4. Dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna jest własnością zakładu opieki zdrowotnej, więc chory nie może jej zabrać, odebrać czy przenieść do innej placówki. Każdy ZOZ ma jednak obowiązek udostępnić ją pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta lub upoważnionym organom.

Formy udostępniania dokumentacji medycznej:

- do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej;
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu - jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów.

Udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu, w siedzibie placówki medycznej jest nieodpłatne. Natomiast już za sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii płaci 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.

Czasami idąc do lekarza potrzebujemy też zaświadczenie o stanie zdrowia czy przebiegu leczenia. Od tego, jakiemu celowi ma to zaświadczenie służyć, zależy czy będziemy za nie płacić, czy nie.

Za wydawane przez lekarza na naszą prośbę orzeczenia i zaświadczenia **nie płacimy** w następujących przypadkach:

- w związku z dalszym leczeniem lub rehabilitacją;
- orzekające niezdolność do pracy;
- związane z kontynuowaniem nauki;
- związane z uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych oraz w zorganizowanym wypoczynku;
- dla celów pomocy społecznej;
- dla celów orzecznictwa o niepełnosprawności;
- w celu uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
- dla ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.

Wszelkie pozostałe zaświadczenia wydawane na życzenie pacjenta są finansowane albo przez podmiot, który je zlecił, albo przez samego pacjenta. Na przykład są to:

- orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych;
- zaświadczenia lekarskie dla ZUS, KRUS na potrzeby postępowania rentowego oraz przyznania świadczeń z tytułu wypadków przy pracy czy chorób zawodowych, w postępowaniach o odszkodowania;
- dla celów orzeczeń sądowych oraz obdukcji w celach sądowo-lekarskich;
- wpisy do pracowniczej książeczki zdrowia oraz zaświadczenia lekarskie wykorzystywane w medycynie pracy (np. dopuszczające pracownika do pracy na określonym stanowisku);
- zaświadczenia o stanie zdrowia dla zakładów pracy lub innych instytucji w celu uzyskania świadczeń rzeczowych lub pieniężnych;
- zaświadczenia lekarskie wydawane w celu podjęcia pracy za granicą;
- zaświadczenia wydawane na życzenie pacjenta w innych celach pozaleczniczych.

Wysokość opłaty określa zakład opieki zdrowotnej.

5. Zintegrowany Informator Pacjenta



Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP), to wprowadzony 1 lipca 2013 roku specjalny elektroniczny portal dla pacjentów (to oni, a nie lekarze czy przychodnie mają do niego dostęp), dzięki któremu każdy zainteresowany po zalogowaniu na swoim komputerze może między innymi:

- poznać wykaz świadczeń medycznych sfinansowanych przez NFZ;
- sprawdzić, jakie miał zlecane i wykonane badania;
- sprawdzić, jakie zrealizował recepty na leki refundowane;
- dowiedzieć się, ile kosztowały udzielone świadczenia medyczne i dopłaty do leków;
- sprawdzić status swojego ubezpieczenia;
- dowiedzieć się, gdzie jest zapisany do lekarza rodzinnego, pielęgniarki i położnej;
- sprawdzić kolejki oczekujących na wizyty w poszczególnych przychodniach;
- wyszukać placówki medyczne w całym kraju, które mają umowę z NFZ, łącznie z harmonogramem przyjęć i mapą dojazdu.

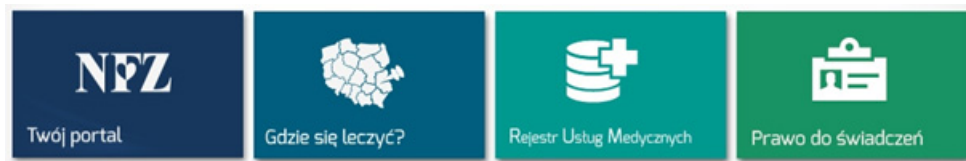
Z systemu ZIP możemy korzystać w domu lub w innym, dowolnym miejscu za pomocą Internetu.

Jak uzyskać dostęp do ZIP?

Aby mieć dostęp do portalu, konieczna jest jedna wizyta w NFZ (przy wydawaniu dostępu do ZIP nie ma rejonizacji - mieszkaniec województwa świętokrzyskiego może odebrać login i hasło w każdym innym oddziale wojewódzkim NFZ, np. w Warszawie czy Gdańsku). Wniosek o uzyskanie dostępu do ZIP można też wypełnić samemu na stronie internetowej: <https://zip.nfz.gov.pl>, natomiast odbiór hasła i loginu odbywa się osobiście i należy mieć przy sobie **dowód osobisty** lub **paszport**. Młodzież w wieku 16-18 lat może to zrobić sama - także legitymując się dowodem osobistym (zgodnie z obowiązującym prawem, osoba, która ukończyła lat 13 ma prawo otrzymać dowód osobisty). ZIP dla dzieci poniżej 16 roku życia odbiera ten rodzic (dziadek, opiekun),

który zgłaszał dziecko do ubezpieczenia zdrowotnego. Planowane jest również uruchomienie aplikacji wydawania loginu i hasła za pośrednictwem osób upoważnionych.

Cele ZIP



Zintegrowany Informator Pacjenta ma cztery podstawowe cele:

- Cel edukacyjny - dzięki portalowi pacjent może zobaczyć, na co przeznaczane są jego składki zdrowotne, jakie świadczenia zostały wykonane, ile kosztowały, itp.
- Cel diagnostyczny - ZIP umożliwia podgląd historii medycznej pacjenta, wspomaga lekarza w diagnozie chorego.
- Cel logistyczny - pacjent sam, przed pójściem do lekarza może sprawdzić, czy ma prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych czy też nie (zielony ekran w systemie e-WUŚ).
- Cel kontrolny - pacjent może zweryfikować faktyczne wykonanie świadczeń.

II. Informacje o rodzajach świadczeń medycznych

1. Stan nagły, zagrożenie życia i zdrowia

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 skierowania, także w placówce niemającej umowy z NFZ.

Ważne !

Jeżeli w stanie nagłym pacjent korzysta z pomocy placówki/lekarza niemającego umowy z NFZ, nie płaci za wizytę - lekarz rozlicza się bezpośrednio z NFZ. Nie ma natomiast możliwości skorzystania z porady lekarza niemającego kontraktu w terapii planowej, pokrycia kosztów wizyty z własnej kieszeni i ubiegania się o zwrot tych kosztów z NFZ. **Fundusz nie rozlicza się z pacjentami!**

Ratownictwo medyczne, pomoc w SOR i na izbach przyjęć

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, chory ma prawo do świadczeń pomocy doraźnej, udzielanej bez skierowania w szpitalnych izbach przyjęć lub w szpitalnych oddziałach ratunkowych (wykaz w części B informatora). 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 czy w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej czy specjalistycznej pomocy medycznej w godzinach późnowieczornych.

Do stanów zagrożenia życia i zdrowia zaliczamy między innymi:

- utratę przytomności;
- drgawki;
- zaburzenia świadomości;
- nagły, ostry ból w klatce piersiowej;
- zaburzenia rytmu serca;
- nasiloną duszność;
- nagły, mocny ból brzucha;
- uporczywe wymioty;
- gwałtowny, nagły poród;

- ostre reakcje uczuleniowe będące skutkiem zażycia leku, ukąszenia, użądlenia;
- zatrucia lekami, środkami chemicznymi czy gazami;
- rozległe oparzenia;
- udar cieplny;
- wyziębienie organizmu;
- porażenie prądem;
- podtopienie;
- agresję spowodowaną chorobą psychiczną;
- dokonaną próbę samobójczą;
- upadek z dużej wysokości;
- rozległą ranę będącą efektem urazu;
- urazy kończyn dolnych nie pozwalające na samodzielne poruszanie się.

W opisanych sytuacjach natychmiast wzywamy karetkę pogotowia ratunkowego lub - jeżeli mamy takie możliwości - udajemy się po pomoc do szpitalnego oddziału ratunkowego czy izby przyjęć.

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 dotyczy)
- dokładne miejsce zdarzenia (adres, lokalizacja, punkty orientacyjne)
- kto wzywa zespół ratowniczy.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

W przypadkach nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia niebędących stanem zagrożenia życia, które wystąpiły po godzinach zamknięcia przychodni, chory może skorzystać z pomocy dyżurującej poradni w ramach tak zwanej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Są to najczęściej sytuacje, gdy:

- pacjent nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub grożących istotnym uszczerbkiem zdrowia, ale jego samopoczucie odbiega od „stanu normalnego”;
- zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy;

- pacjent ma istotne obawy, że czekanie do momentu otwarcia przychodni, może znacząco niekorzystnie wpłynąć na rozwój choroby i jego stan zdrowia.

W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej może też pojechać z wizytą do pacjenta do domu. Nocna pomoc nie jest przeznaczona natomiast dla osób, które na przykład chcą jedynie otrzymać skierowanie, receptę, przyjść na kontrolę czy po prostu nie miały czasu iść do lekarza w godzinach pracy przychodni.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna dostępna jest w godzinach 18 - 8 rano dnia następnego oraz w dni ustawowo wolne od pracy w wyznaczonych poradniach (punktach) dyżurujących. W punkcie (mieszczącym się w lokalu przychodni, szpitalu, pogotowiu ratunkowym) świadczącym nocną i świąteczną pomoc medyczną zawsze musi być lekarz i pielęgniarka. Lekarz mający dyżur w ramach nocnej i świątecznej pomocy medycznej nie może w tym samym czasie jeździć w karetce jako lekarz pogotowia ratunkowego ani przyjmować pacjentów w innej placówce ochrony zdrowia.

Do nocnej poradni można się zgłaszać bez skierowania.

Ważne !

Chory, zgłaszający się po pomoc w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, może iść tam, gdzie jest mu najbliżej czy najwygodniej - nie musi być pacjentem z tzw. rejonu, lekarz ma obowiązek go przyjąć. Inaczej jest jedynie w przypadku, gdy pacjent z przyczyn zdrowotnych musi wezwać lekarza do domu. Wówczas faktycznie powinien zamówić wizytę w tym punkcie nocnej pomocy, który znajduje się w rejonie jego zamieszkania. **Jeżeli specjalista dyżurujący w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej uzna, że chory nie powinien następnego dnia iść do pracy, powinien mu wystawić zwolnienie lekarskie, a nie kierować chorego do przychodni rejonowej.**

Dokładne adresy, telefony placówek w części B informatora, w rozdziale „Nocna i świąteczna opieka zdrowotna”.

Stomatologiczna pomoc doraźna

Od poniedziałku do piątku w godzinach od 19.00 do 7.00 rano oraz w soboty, niedziele i święta całodobowo czynne są dyżurujące gabinety stomatologiczne. Przyjmowani są w nich wyłącznie pacjenci w nagłych przypadkach - świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej mają na celu zaopatrzenie pacjentów, u których zaistniała konieczność bezzwłocznego udzielenia pomocy i nie obejmują leczenia

planowego. Gabinety znajdują się:

- **Kielce** - Gabinet stomatologiczny SP ZOZ MSWiA, ul. Wojska Polskiego 51 (IV piętro) - tel. (41) 349 35 68.
- **Busko Zdrój** - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Dentalvita", ul. Kazimierza Wielkiego 29, tel. (41) 378 61 95.
- **Starachowice** - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - "Wamed", ul. Jana Pawła II 1, tel. (41) 273 57 02;

Specjalistyczna pomoc medyczna w godzinach późnowieczornych

W godzinach późnowieczornych w przypadku nagłego wypadku czy zdarzenia medycznego niewymagającego pomocy pogotowia ratunkowego czy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć pacjenci mogą się zgłaszać po pomoc w następujących poradni:

Pomoc chirurgiczna i ortopedyczna

- Poradnia Chirurgii Ogólnej i Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, "ARTIMED" Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, **Kielce**, ul. Ignacego Paderewskiego 4B, tel. 41 367 17 00 - w dni robocze od godz. 18:00 do godziny 22:00, w soboty od godziny 12:00 do godziny 22:00.

Pomoc okulistyczna

- Centrum Okulistyczne Michał Kamiński Nowoczesne Centrum Medyczne OKOKLINIK sp. z o.o. spółka cywilna, **Kielce**, ul. Zagórska 20/26, tel. 41 343 15 46: poniedziałek - godz. 17:30-22:00, wtorek - godz. 9:00-22:00, środa - godz. 17:00-22:00, czwartek - godz. 10:00-22:00, piątek - godz. 16:30-22:00.
- Poradnia okulistyczna, "ARTIMED" Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, **Kielce**, ul. Ignacego Paderewskiego 4B, tel. 41 367 17 00, poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek w godz. 17:00-22:00, w środę w godz. 18:00-22:00 oraz w sobotę w godz. 9:00-13:00.

Uwaga !

Pacjenci w stanach nagłych i z bólem przyjmowani są bez skierowania i bez kolejki.

2. Szybka terapia onkologiczna



Pacjenci onkologiczni - ze względu na rodzaj schorzenia - muszą być otoczeni szczególną opieką. To, czy pacjent chory na nowotwór złośliwy przeżyje, zależy przede wszystkim od wykrycia choroby w jak najwcześniejszym stadium. Dlatego od 1 stycznia 2015 r. pacjenci z podejrzeniem nowotworu są leczeni w ramach szybkiej terapii onkologicznej zwanej też pakietem onkologicznym. Jest to nowe rozwiązania organizacyjne, mające na celu sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia choroby nowotworowej. Pakiet onkologiczny nie jest programem zdrowotnym - jest skierowany dla wszystkich pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzają nowotwór złośliwy. Wprowadzone zmiany zapewniają tym chorym kompleksową opiekę na każdym etapie choroby oraz poprawiają dostępność diagnostyki i leczenia. Czas oczekiwania pozostałych pacjentów na świadczenia specjalistyczne nie wydłuży się, ponieważ zmiany dotyczą pacjentów onkologicznych, dla których powstanie osobna lista oczekujących na nielimitowane świadczenia.

Korzyści, które przyniesie wdrożenie pakietu onkologicznego:

- skrócenie kolejek dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu;
- uporządkowanie procesu diagnostyki i leczenia pacjenta;
- wprowadzenie szybkiej diagnostyki i kompleksowego leczenia;
- zmniejszenie śmiertelności pacjentów onkologicznych;
- obniżenie kosztów leczenia, dzięki wykryciu choroby we wczesnym stadium.

Jest to możliwe dzięki wprowadzeniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz wyznaczeniu maksymalnych terminów na realizację poszczególnych etapów leczenia.

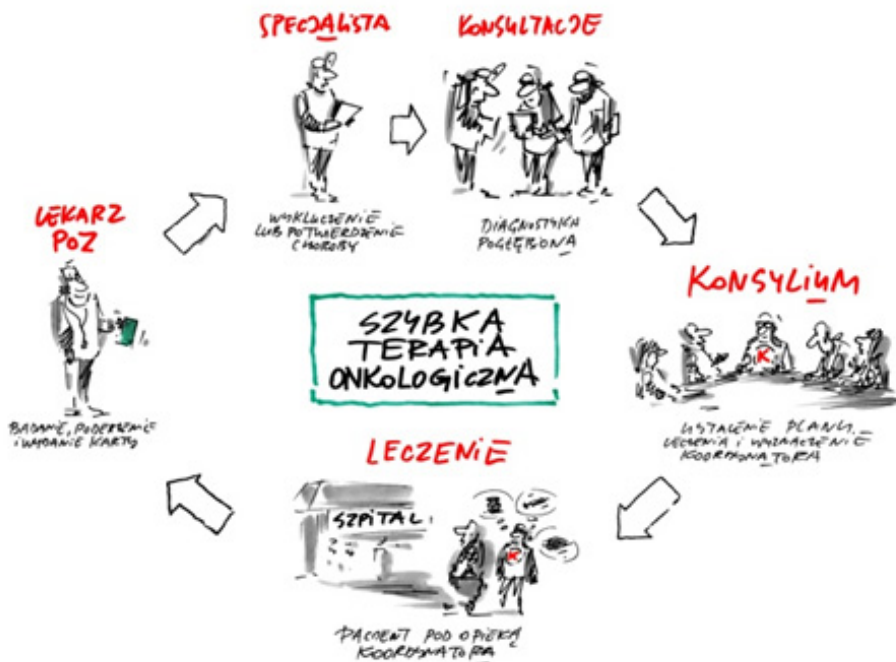
Zielona karta

Tak zwana zielona karta, czyli karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) pełni rolę skierowania, które umożliwia rozpoczęcie leczenia w ramach szybkiej

terapii onkologicznej. Może ją wydać lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jeśli będzie podejrzewał u pacjenta nowotwór złośliwy lub lekarz specjalista w poradni ambulatoryjnej (AOS), jeśli zdiagnozuje taką chorobę. Pacjent może otrzymać kartę także w szpitalu - jeśli w wyniku hospitalizacji zostanie u niego wykryty nowotwór złośliwy. W takim przypadku warunkiem wydania karty będzie potwierdzenie diagnozy (wynik badania histopatologicznego). Na tych samych zasadach kartę otrzyma pacjent hospitalizowany z powodu nowotworu.

W karcie znajdują się takie informacje, jak wykaz badań diagnostycznych, które zostały wykonane pacjentowi, diagnoza, a w przypadku rozpoznania nowotworowego - informacja o stopniu zaawansowania choroby i plan leczenia.

9 tygodni na badania



Od momentu, gdy pacjent z zieloną kartą zostanie wpisany na listę osób oczekujących na konsultację do poradni specjalistycznej, do postawienia diagnozy nie powinno minąć więcej niż 9 tygodni. W czasie pierwszych 5 tygodni pacjent czeka na

wizytę u specjalisty (do 2 tygodni) oraz wykonuje zlecone przez niego badania w ramach diagnostyki wstępnej (na podstawie tych badań lekarz potwierdzi lub wykluczy chorobę nowotworową). W czasie kolejnych 4 tygodni pacjent wykonuje badania w ramach diagnostyki pogłębionej, na podstawie których lekarz określa stopień zaawansowania choroby.

Koordynator i konsylium

W ramach szybkiej terapii onkologicznej powoływane jest także konsylium i koordynator leczenia.

Konsylium to wielodyscyplinarny zespół specjalistów, który opracowuje plan leczenia pacjenta. W składzie zespołu specjalistów muszą się znaleźć - w zależności od wieku pacjenta, rodzaju nowotworu i rodzaju zastosowanej terapii - lekarze następujących specjalizacji: onkologii i hematologii dziecięcej, radioterapii, radioterapii onkologicznej, medycyny nuklearnej, chirurgii onkologicznej, ogólnej lub w innej dziedzinie zabiegowej, rentgenodiagnostyki (lub radiologii, radiodiagnostyki, radiologii i diagnostyki obrazowej). W konsylium będą mogły uczestniczyć także inne osoby, między innymi: pielęgniarka, psycholog albo inny pracownik medyczny.

Po określeniu ścieżki postępowania terapeutycznego konsylium wyznacza koordynatora. Nadzoruje on proces leczenia pacjenta onkologicznego. Wspiera pacjenta informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie i pomaga mu komunikować się z lekarzami. Jego głównym zadaniem jest zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach terapii, tak, aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Koordynator towarzyszy pacjentowi aż do zakończenia leczenia.

3. 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 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) - nie trzeba niczego potwierdzać w oddziale NFZ. Pacjent ma prawo - jeśli jest niezadowolony z dotychczasowej opieki, albo ma do niej utrudniony dostęp, zmienić lekarza rodzinnego. Wystarczy, że ponownie

wypełni deklarację w nowej placówce i może być przyjęty już tego samego dnia. Trzy razy w roku kalendarzowym zmiana jest bezpłatna, za czwartą i każdą kolejną należy zapłacić 80 zł na konto NFZ. Ale uwaga! Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń przez dotychczasowego lekarza oraz z innych przyczyn niezależnych od woli pacjenta.

Świadczenia POZ wykonywane są w miejscu prowadzenia praktyki (przychodni, ośrodka zdrowia) oraz - w uzasadnionych wypadkach - w domu chorego (tak zwana wizyta domowa). 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 pod warunkiem, że pacjent ma zapewniony dostęp do innej przychodni prowadzonej przez tego samego świadczeniodawcę. W godzinach 18 - 8 rano dnia następnego oraz w dni ustawowo wolne od pracy pacjenci mogą skorzystać z pomocy lekarza w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (bez skierowania) w poradni dyżurującej (szczegóły w rozdziale „Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna”).

Podczas pobytu poza miejscem zamieszkania, na przykład na wakacjach, u rodziny, w razie nagłego zachorowania lub pogorszenia się stanu zdrowia, chory ma prawo do skorzystania z pomocy lekarza POZ w miejscu, gdzie się znajduje - jako tak zwany **pacjent spoza listy**.

W zdecydowanej większości przypadków pacjent jest przyjmowany przez lekarza POZ w dniu zgłoszenia się na wizytę. Porady mogą być jednak udzielane w innym, późniejszym terminie w następujących przypadkach:

- w chorobach przewlekłych - jeżeli stan pacjenta nie uległ pogorszeniu;
- przy kontynuacji leczenia;
- gdy potrzeba kontaktu pacjenta z lekarzem POZ nie wynika z konieczności uzyskania pomocy medycznej.

Do zadań lekarza POZ należy między innymi:

- kierowanie na badania laboratoryjne - (lekarz wskazuje pacjentowi laboratorium, w którym zostaną one wykonane bezpłatnie; w przypadku uzasadnionym medycznie, materiał do badań laboratoryjnych może być pobrany w domu pacjenta);
- kierowanie pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala (lekarz POZ zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych 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 od niego informację o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, może też sam dokonać weryfikacji ordynacji na podstawie własnego badania lekarskiego;

- kierowanie na zabiegi w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta;
- kierowanie na rehabilitację - (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);
- szczepienia ochronne i profilaktyka (np. profilaktyka chorób krążenia);
- opieka nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym (badania bilansowe, przesiewowe, profilaktyka i promocja zdrowia, itp.);
- kierowanie na leczenie uzdrowiskowe - (do skierowania lekarz dołącza aktualne wyniki podstawowych badań, wykonanych na swoje zlecenie i swój koszt).

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może też - w przypadku podejrzenia u pacjenta choroby nowotworowej - **wystawić tzw. zieloną kartę - kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, która daje możliwość badań i terapii w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej** (więcej na ten temat w rozdziale „Szybka terapia onkologiczna”).

Pielęgniarka i położna POZ

Do zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej należy między innymi:

- promocja zdrowia i profilaktyka chorób - rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym podopiecznych, rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych, prowadzenie edukacji zdrowotnej i poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia, realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób, organizacja grup wsparcia, realizacja szczepień ochronnych;
- świadczenia pielęgnacyjne - opieka pielęgnacyjna u pacjentów w różnych fazach życia i choroby, przygotowywanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności;
- edukacja przedporodowa;
- wizyty patronażowe;
- wizyty w opiece pooperacyjnej nad kobietami po zabiegach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych;
- świadczenia diagnostyczne - przeprowadzanie wywiadów środowiskowych, wykonywanie badania fizykalnego, pomiarów i ich ocena, ocena stanu ogólnego chorego oraz procesu jego zdrowienia, monitorowanie bólu;
- świadczenia lecznicze - np. ustalanie diety w żywieniu przewlekle chorych, dobór technik karmienia w zależności od stanu chorego, zabiegi z zastosowaniem ciepła

i zimna, cewnikowanie pęcherza u kobiet, wykonywanie wlewów doodbytniczych, podawanie leków różnymi drogami i technikami, zakładanie opatrunków, wykonywanie inhalacji, zdejmowanie szwów, stawianie baniek;

- świadczenia rehabilitacyjne - rehabilitacja przyłóżkowa w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z choroby pacjenta i długotrwałego unieruchomienia, usprawnienie ruchowe, drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej, ćwiczenia ogólnousprawniające.

4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

Skierowanie

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (AOS) są udzielane na podstawie skierowania wydawanego przez lekarza POZ lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, za wyjątkiem pacjentów znajdujących się w stanie nagłym - w tych przypadkach pacjent nie musi mieć skierowania. Zazwyczaj skierowanie jest ważne, dopóki istnieją przesłanki na potrzebę leczenia specjalistycznego, nie jest więc określona liczba dni czy tygodni ważności skierowania.

Uwaga!

W świetle nowych przepisów pacjent ma obowiązek dostarczyć oryginał skierowania do poradni w przeciągu 14 dni od momentu wpisania się na listę oczekujących. Jeżeli tego nie zrobi, zostanie skreślony z listy osób oczekujących. Ponadto nowością jest obowiązek posiadania - wyłącznie przez pacjentów pierwszorazowych - skierowania do okulisty i dermatologa.

Jeżeli lekarz POZ lub inny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego uznał, że konsultacja specjalistyczna ze względu na stan zdrowia pacjenta powinna się odbyć jak najszybciej, powinien zaznaczyć na skierowaniu "pilne". Ponowne skierowanie nie jest potrzebne przy kontynuacji leczenia.

Ważne!

Nie jest skierowaniem karta informacyjna czy wypis z leczenia szpitalnego, izby przyjęć czy szpitalnego oddziału ratunkowego. Po leczeniu szpitalnym lekarz - jeżeli widzi taką potrzebę - zobowiązany jest do wystawienia pacjentowi odrębnego skierowania, które stanowi indywidualną dokumentację pacjenta.

Skierowanie **nie jest wymagane** w przypadku konieczności zasięgnięcia porady u:

- ginekologa i położnika;
- dentysty;
- wenerologa;
- onkologa;
- psychiatry.

Nie jest ono również wymagane dla osób:

- chorych na gruźlicę;
- zakażonych wirusem HIV;
- inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatanatów;
- 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.

Rodzaje świadczeń specjalistycznych

Kierując pacjenta do specjalisty lekarz POZ lub inny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych potwierdzających wstępne rozpoznanie. Badania diagnostyczne, na które kieruje każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, należy wykonać na podstawie pisemnego zlecenia od tego lekarza w miejscu przez niego wskazanym. Wówczas są one dla pacjenta bezpłatne. W przypadku wizyty u specjalisty nie ma żadnej rejonizacji, mamy prawo wybrać specjalistę spośród wszystkich, mających podpisaną umowę z NFZ, także poza granicami województwa świętokrzyskiego (zasady rejestracji opisano w rozdziale „Rejestracja”). W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista powinien udzielić świadczeń medycznych w domu chorego.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad chorym może być realizowana poprzez dwa typy świadczeń:

- **Świadczenia zabiegowe** - zabiegi medyczne, które wcześniej były dostępne jedynie w szpitalach, a których wykonanie jest możliwe w gabinetach zabiegowych, bez potrzeby hospitalizacji.
- **Świadczenia zachowawcze** - w ich ramach prowadzone są niezbędne badania diagnostyczne i lekarskie, udzielane świadczenia terapeutyczne, przepisywane niezbędne do terapii leki.

Pacjenci, którzy przebywali w szpitalu mają możliwość skorzystania z tak zwanej specjalizacyjnej **porady pohospitalizacyjnej** - w ciągu 30 dni od zakończenia pobytu na oddziale chory może się udać się po pomoc do tego zespołu lekarzy, który zajmował się nim podczas hospitalizacji, na przykład do poradni przyszpitalnej, jeżeli szpital taką dysponuje. Specjalnym rodzajem porady jest **świadczanie ginekologiczno-położnicze** udzielane kobietom w okresie ciąży fizjologicznej. Pacjentki mają zagwarantowane w ramach wizyty u lekarza mającego umowę z NFZ szereg bezpłatnych świadczeń i badań, za które płaci Fundusz. O rodzaju świadczeń i badań decyduje lekarz. Ministerstwo Zdrowia opracowało jednak katalog badań, które powinny być przeprowadzane w poszczególnych trymestrach ciąży. Są to między innymi (w zależności od zaawansowania ciąży) badania: **grupy krwi, Rh, przeciwciała odpornościowe, morfologia, badania moczu, cytologia, badanie stężenia cukru we krwi, usg, KTG, VDRL, posiew w kierunku paciorkowców, badanie w kierunku toksoplazmozy i różyczki**. Stąd niedopuszczalne jest kierowanie kobiety ciężarnej przez lekarza mającego umowę z NFZ na wykonanie tych badań prywatnie.

Ważne !

Na stronie internetowej www.nfz-kielce.pl (w zakładce „Gdzie się leczyć”) obok danych teleadresowych placówek medycznych umieszczony jest harmonogram czasu przyjęć lekarzy, jaki zadeklarowali do Funduszu. Jeżeli ulega on zmianie lub nie może być realizowany, świadczeniodawca powinien poinformować o tym NFZ i przedstawić odpowiednie uzasadnienie. W przypadku braku udzielania świadczeń, lekarz ma obowiązek powiadomić pacjentów o miejscach, gdzie mogą uzyskać pomoc.

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 kosztownych, jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, badania endoskopowe przewodu pokarmowego, PET chory sam może sobie wybrać pracownię - są to badania, na które NFZ zawarł odrębne umowy z placówkami medycznymi. 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;
- kieruje do innego specjalisty;
- kieruje do szpitala, jeżeli wymaga tego stan pacjenta. Do skierowania dołącza wyniki badań diagnostycznych potwierdzających rozpoznanie;

- kieruje na leczenie sanatoryjne;
- kieruje na leczenie rehabilitacyjne;
- prowadzi niezbędną edukację zachowań prozdrowotnych;
- wykonuje niektóre zabiegi, których przeprowadzenie jest możliwe w warunkach ambulatoryjnych, bez konieczności pobytu w szpitalu.

Lekarz specjalista może też wystawiać kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, popularnie zwaną zieloną kartą, w przypadku, gdy zlecone przez niego badania potwierdziły u pacjenta chorobę nowotworową oraz wykonuje diagnostykę wstępną i pogłębianą w ramach tzw. pakietu onkologicznego (więcej w rozdziale „Szybka terapia onkologiczna”).

Ponadto lekarz specjalista jest zobowiązany do pisemnego informowania lekarza POZ - nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy - o rozpoznaniu u pacjenta, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, ich dawkowaniu, itp. Wystawia również pacjentowi zaświadczenie z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią, na podstawie którego lekarz POZ może wystawiać recepty na wymienione leki.

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 - kiedy cel leczenia nie może być osiągnięty w trybie ambulatoryjnym. Skierowanie na leczenie szpitalne może być wystawione przez każdego lekarza (również przez lekarza niemającego umowy z NFZ, lecz przyjmującego prywatnie), lekarza dentystę lub felczera. **Ostateczną decyzję o przyjęciu chorego na leczenie szpitalne podejmuje lekarz dyżurujący na oddziale/izbie przyjęć/SOR, tak więc posiadanie skierowania wystawionego przez lekarza z przychodni nie jest jednoznaczne z przyjęciem na oddział szpitalny.** W przypadku leczenia planowego, jeżeli nie ma możliwości przyjęcia pacjenta w dniu zgłoszenia, szpital ma obowiązek wpisać chorego na listę oczekujących i ustalić termin hospitalizacji/zabiegu. W szpitalu pacjent może też otrzymać tzw. zieloną kartę - czyli kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego - jeśli w wyniku hospitalizacji (nawet niezwiązanej z chorobą nowotworową) zostanie u niego wykryty nowotwór złośliwy. W takim przypadku warunkiem wydania karty jest potwierdzenie diagnozy. Na tych samych zasadach kartę otrzymuje pacjent hospitalizowany z powodu nowotworu (więcej na ten temat w rozdziale „Szybka terapia onkologiczna”).

Lekarz kierujący chorego do szpitala zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych. 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). Takie zlecenie lekarz może wystawić choremu w dniu wypisu. 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.

Jednocześnie pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do dodatkowej, płatnej opieki pielęgniarstka, nie może ona jednak polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (podawanie kroplówek, wykonywanie zastrzyków, itp.).

Po zakończeniu leczenia szpitalnego (także w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym czy Izbie Przyjęć), lekarz 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. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień mogą być prowadzone w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych. Do poradni zdrowia psychicznego nie jest potrzebne skierowanie, natomiast jest ono wymagane w przypadku planowanego leczenia szpitalnego (w stanach ostrych skierowanie nie jest potrzebne) i jest ważne 14 dni.

W zależności od stanu zdrowia, pacjent może się leczyć w:

- **poradni** - chory ma zapewnione wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, świadczenia terapeutyczne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin;
- **ośrodka dziennym** (pacjent przebywa w ośrodku przez kilka godzin dziennie) - chory ma zapewnione konieczne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyżywienie, świadczenia terapeutyczne, rehabilitacyjne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne;

- **szpitalu** (leczenie stacjonarne, całodobowe) - chory ma zapewnione wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, świadczenia z zakresu profilaktyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, leki i przedmioty ortopedyczne, świadczenia terapeutyczne, działania edukacyjne oraz wszystkie inne świadczenia związane z procesem leczenia oraz wyżywienie. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego odbywa się za pisemną zgodą pacjenta, a w przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej - za zgodą jej przedstawiciela ustawowego.

Pacjent w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień ma możliwość skorzystania nie tylko z usług lekarza, ale także z pomocy psychologa, psychoterapeuty czy terapeuty uzależnień. W przypadku ambulatoryjnego trybu leczenia do tych specjalistów niezbędne jest skierowanie.

O zakresie świadczeń, rodzaju terapii, konsultacjach i konieczności wykonania badań diagnostycznych decyduje lekarz po ocenie stanu zdrowia pacjenta.

7. Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna

Pacjent przewlekłe chory, który jest osobą niesamodzielną i potrzebuje pomocy w podejmowaniu codziennych czynności, który z powodu swojej choroby potrzebuje ciągłej opieki pielęgniarstwa czy lekarskiej, ale już nie musi przebywać w szpitalu, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego może skorzystać zarówno z pomocy w domu, jak i w zakładzie opieki długoterminowej. Wszystko zależy od stanu zdrowia chorego ocenianego przez lekarza na podstawie bardzo szczegółowego wywiadu.

Dla osób najciężiej chorych, niesamodzielnych, często niebędących w stanie przyjąć posiłku, niewstających z łóżka, niepanujących nad potrzebami fizjologicznymi przeznaczone są dwie formy pomocy:

- **stacjonarny zakład opieki długoterminowej** (pacjent przebywający w takim zakładzie ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania, natomiast zakład leczniczo-opiekuńczy zapewnia choremu niezbędne leki, badania diagnostyczne, w razie konieczności żywienie jelitowe i pozajelitowe oraz następujące przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze: kule, laski, trójnogi, czwórnogi, balkoniki, podpórki, wózki inwalidzkie, przedmioty pionizujące, cewniki, worki na mocz, sprzęt stomijny, pieluchomajtki i ich zamienniki, pieluchy anatomiczne, rurki tracheotomijne, materace przeciwoleżynowe zmiennociśnieniowe, inne materace przeciwoleżynowe);
- **opieka długoterminowa sprawowana w domu chorego** świadczona przez pielęgniarkę finansowaną w ramach opieki długoterminowej domowej jest

bezpłatna dla chorego. Leki, przedmioty i środki medyczne zapewnia rodzina na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza.

By skorzystać z którejś z tych form opieki potrzebne jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - nie musi być to specjalista, może być również lekarz rodzinny. Wystawia je on na podstawie szczegółowego wywiadu i oceny stanu zdrowia pacjenta.

Opieka w zakładzie stacjonarnym przeznaczona jest dla osób przewlekle chorych czy też osób, które ukończyły leczenie szpitalne i nie wymagają pobytu na oddziale, ale ze względu na stan zdrowia, brak samodzielności, konieczność nadzoru lekarskiego, rehabilitacji nie powinny jeszcze przebywać w domu. Pacjenci niewymagający leczenia w zakładzie stacjonarnym, ale wymagający systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarstwa realizowanej we współpracy z lekarzem POZ mogą być zakwalifikowani do tak zwanej pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

Do zadań pielęgniarstwa wykonywanych w ramach domowej opieki długoterminowej należą:

- podawanie leków w postaci iniekcji podskórnych, śródskórnych, domięśniowych;
- podawanie płynów infuzyjnych i leków w kroplowych wlewach dożylnych oraz w postaci iniekcji dożylnych;
- zastosowanie drenażu ułożeniowego (w tym nacieranie pleców, oklepywanie);
- założenie sondy żołądkowej lub dwunastniczej;
- zmiana opatrunków w sposób sterylny;
- założenie lub wymiana cewnika u kobiet;
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu;
- edukacja zdrowotna osób objętych opieką oraz członków ich rodzin;

Każdą wykonaną przez pielęgniarkę czynność, pacjent, jego rodzina lub opiekun, potwierdza własnoręcznym podpisem. Pielęgniarka opieki długoterminowej wykonuje świadczenia zdrowotne na rzecz pacjenta w jego domu nie rzadziej niż **4 dni** w tygodniu. Jeżeli istnieje medycznie uzasadniona konieczność, świadczenia pielęgniarstwa są wykonywane także w soboty, niedziele i w dni wolne od pracy.

W ramach opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie prowadzone są świadczenia kompleksowe przez lekarza pielęgniarkę i fizjoterapeutę - zarówno w opiece stacjonarnej, jak i domowej.

Pacjenci w lżejszym stanie, ale wymagający opieki pielęgniarskiej mogą zostać objęci opieką przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej. W tym celu należy się skontaktować z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej i to na podstawie jego decyzji pielęgniarka środowiskowa obejmie pomocą osobę tego potrzebującą.

Ważne !

Pomoc pielęgniarska polega na wykonywaniu medycznych zabiegów pielęgniarskich. Do pomocy pielęgniarskiej nie należy wykonywanie toalety, ubieranie, przygotowywanie posiłków czy robienie zakupów, bo zdarza się, że i takie są oczekiwania. Te czynności są czynnościami opiekuńczymi i powinna je zabezpieczyć rodzina chorego, opiekunowie prawni lub - w razie takiej konieczności - instytucje opieki społecznej.

Opieka paliatywna i hospicyjna

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka nad pacjentami cierpiącymi na postępujące, nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu choroby. Ten rodzaj świadczeń ma na celu poprawę jakości życia chorego, a obejmuje przede wszystkim zwalczanie bólu i leczenie objawowe innych dolegliwości, pielęgnację oraz wspieranie rodziny chorego. Świadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej udzielane są w warunkach:

- ambulatoryjnych - w **poradni medycyny paliatywnej** (chorzy mogą skorzystać z poradni lub wizyty dwa razy w tygodniu);
- domowych - w **hospicjum domowym** (pacjentom przysługują - w zależności od potrzeb: porady lekarskie nie rzadziej niż dwa razy w miesiącu, wizyty pielęgniarskie nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu, natomiast fizjoterapeuty i psychologa - w zależności od decyzji lekarza prowadzącego);
- stacjonarnych - **hospicjum stacjonarnym** lub **oddziale medycyny paliatywnej** (musi być to osobny oddział, a nie jedynie łóżka czy sale wydzielone na innym oddziale).

Do objęcia pacjenta opieką paliatywną konieczne jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

8. Leczenie rehabilitacyjne

Rehabilitacja jest działem lecznictwa, celem którego - dzięki kompleksowemu postępowaniu - jest przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, a co się z tym wiąże - zdolności do pracy, brania czynnego

udziału w życiu społecznym. Celem rehabilitacji jest poprawa komfortu i jakości życia.

Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą się odbywać w warunkach:

- ambulatoryjnych;
- domowych;
- w ośrodku lub oddziale dziennym;
- w oddziale stacjonarnym;

Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych

Skierowanie na ten typ rehabilitacji leczniczej może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (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 nieporuszających się samodzielnie i niemających możliwości dotarcia do zakładu rehabilitacyjnego, z zaburzeniami funkcji motorycznych spowodowanymi:

1. ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) - przez okres do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu;
2. ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5 stopniowi skali oceny stopnia inwalidztwa;
3. uszkodzeniem rdzenia kręgowego - przez okres do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego;
4. chorobami przewlekłe postępującymi w szczególności: miopatiami, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów;
5. chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych oraz po zabiegach endoprotezoplastyki stawu przez okres do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji;
6. urazami kończyn dolnych - przez okres do 6 miesięcy od dnia powstania urazu;
7. osobom w stanie wegetatywnym lub 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 zabiegów 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 decyzją Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym

Przeznaczona jest dla pacjentów, których stan zdrowia z jednej strony nie pozwala na korzystanie z zabiegów w warunkach ambulatoryjnych, a z drugiej nie wymaga 24-godzinnego nadzoru medycznego. Trwa ona zazwyczaj od 15 do 30 dni zabiegowych (decyduje o tym lekarz) i zawiera średnio 5 zabiegów dziennie. Ponadto prowadzona też jest:

- rehabilitacja z obrzękiem limfatycznym - do 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
- rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, z dysfunkcją narządu wzroku i z dysfunkcją narządu słuchu - do 120 dni w roku kalendarzowym;
- rehabilitacja kardiologiczna - 24 dni zabiegowe w okresie 90 dni kalendarzowych.

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 specjalistów, a czas trwania zależy od rodzaju schorzenia i od decyzji lekarza prowadzącego na oddziale (najczęściej jest to kilka tygodni). Pacjent korzysta średnio z pięciu zabiegów dziennie.

9. Leczenie uzdrowiskowe

Leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, a jego celem jest rehabilitacja, leczenie chorób przewlekłych pacjenta oraz profilaktyka - przede wszystkim 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 chorego. 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 do oddziału wojewódzkiego NFZ.

Ocenę celowości skierowania przeprowadza lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony w oddziale NFZ, 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 z podaniem przyczyny odmowy potwierdzenia, a pisemna informacja przekazywana jest pacjentowi. Decyzja jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie. Jeżeli natomiast lekarz specjalista potwierdzi zasadność leczenia uzdrowiskowego, pacjent trafia na listę osób oczekujących na wyjazd.

Skierowanie podlega weryfikacji co 18 miesięcy. W celu weryfikacji odsyłane jest do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który to skierowanie wystawił, a pacjent jest powiadamiany o odesłaniu skierowania. Lekarz dokonuje weryfikacji skierowania w terminie 30 dni od dnia otrzymania skierowania. Lekarzowi oceniającemu skierowanie przysługuje także prawo dokonania zmiany kwalifikacji skierowania. Jeżeli weryfikacja dokonana przez lekarza jest pozytywna, pacjent nie traci swojego miejsca oczekiwania na liście.

Istnieją następujące formy leczenia uzdrowiskowego:

- w szpitalu uzdrowiskowym dla dorosłych: 21-dniowe, bezpłatne, w ramach zwolnienia lekarskiego;
- w szpitalu uzdrowiskowym dla dorosłych w formie rehabilitacji uzdrowiskowej: 28-dniowe, bezpłatne, w ramach zwolnienia lekarskiego;
- w sanatorium uzdrowiskowym dla dorosłych: 21-dniowe, w ramach urlopu, z częściową odpłatnością pacjenta 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 wyjeżdża w ramach urlopu;
- leczenie ambulatoryjne: 6-18 osobodni, NFZ płaci za zabiegi, natomiast pacjent sam organizuje sobie nocleg i wyżywienie.

Ważne !

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

Osoba skierowana na leczenie uzdrowskowe ponosi następujące opłaty:

- koszty przejazdu na leczenie uzdrowskiego i z leczenia uzdrowskiego;
- koszty częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach uzdrowskowych (nie dotyczy szpitali uzdrowskowych);
- 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 uzdrowskiego np. opłaty klimatyczne.

Rezygnacja

W przypadku rezygnacji z potwierdzonego skierowania na leczenie uzdrowiskowe należy w trybie natychmiastowym pisemnie powiadomić o tym fakcie właściwy oddział wojewódzki NFZ oraz przesłać potwierdzone skierowanie.

Dział Lecznictwa Uzdrowiskowego Świątokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, 25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9, pokój nr 9. Informacja telefoniczna (w godzinach 8:00-12:00): 41 36 46 241(242, 251). Przez całą dobę, siedem dni w tygodniu wniosek można wrzucić do specjalnie oznakowanej skrzynki znajdującej się na budynku głównym siedziby świątokrzyskiego NFZ.

Wniosek sanatoryjny można także złożyć w punktach obsługi ubezpieczonych Świątokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Sandomierzu, ul. Mickiewicza 34, godziny otwarcia - w dni robocze w godz. 7:30 - 15:30, tel. 0 663 43 15 71 oraz w Ostrowcu - Świątokrzyskim, oś. Słoneczne 43 (NZOZ „Rodzina”), tel. 41 247 67 53 w godz. 8:00-14:00.

10. Leczenie stomatologiczne

Leczenie stomatologiczne obejmuje leczenie chorób zębów, przyzębia i jamy ustnej. Pacjent, który chce skorzystać z pomocy stomatologa nie potrzebuje skierowania i może sobie sam wybrać gabinet spośród tych, które mają podpisaną umowę z NFZ. Rejestracja odbywa się na takich samych zasadach, jak w poradniach specjalistycznych (Rozdział „Rejestracja i listy oczekujących”). W godzinach nocnych oraz w niedziele i święta funkcjonuje doraźna pomoc stomatologiczna - szczegóły w rozdziale „Stan nagły, zagrożenie życia i zdrowia”.

Ważne !

- Pacjent zgłaszający się z bólem otrzymuje pomoc w dniu zgłoszenia.
- Nie ma możliwości dopłaty do świadczeń gwarantowanych zrealizowanych przy użyciu innych materiałów niż określone przez Ministerstwo Zdrowia.
- Lekarz przyjmujący pacjentów w ramach umowy z NFZ nie może w tym samym czasie udzielać świadczeń odpłatnie. Harmonogramy przyjęć chorych w ramach umowy z NFZ i harmonogramy przyjęć pacjentów prywatnych powinny być wyraźnie wyodrębnione.

Pacjentom przysługują m.in.:

- badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej jeden raz

- w roku kalendarzowym;
- badanie lekarskie kontrolne 3 razy w roku kalendarzowym;
 - znieczulenie (tylko w powiązaniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi);
 - leczenie próchnicy - opatrunek leczniczy, 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 gładjonomerowy;
 - usunięcie złogów nazębnych (tzw. kamień) - 1 raz w roku kalendarzowym;
 - usunięcie zęba oraz niektóre zabiegi chirurgiczne (określone przez Ministra Zdrowia);
 - 2 zdjęcia rentgenowskie wewnątrzustne w roku kalendarzowym (w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi);
 - zdjęcie RTG pantomograficzne z opisem 1 raz na 3 lata (w połączeniu ze świadczeniami chirurgii stomatologicznej i periodontologii);
 - leczenie protetyczne z zastosowaniem ruchomych, częściowych i całkowitych protez akrylowych - raz na 5 lat oraz naprawa protez raz na 2 lata. O leczeniu decyduje lekarz biorąc pod uwagę wskazania medyczne. Pacjent powinien potwierdzić (na zleceniu) odbiór wykonanej protezy lub jej naprawy;
 - świadczenia protetyki stomatologicznej dla osób po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki (zgodnie z wykazem określonym przez Ministra Zdrowia).

Dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia przysługuje dodatkowo:

- lakowanie pierwszych zębów trzonowych, tzw. szóstek - jeden raz do ukończenia 7 roku życia;
- lakierowanie zębów stałych - nie częściej niż raz na kwartał;
- impregnacja zębiny zębów mlecznych (tzw. lapisowanie);
- odbudowa zniszczonego, złamanego kąta w zębach siecznych stałych;
- leczenie kanałowe wszystkich zębów;
- kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień w zębach siecznych i kłach (zęby przednie górne i dolne od trójki do trójki);
- protezy dziecięce całkowite i częściowe;
- zdjęcie RTG pantomograficzne z opisem (wyłącznie w połączeniu ze świadczeniami ortodontacji dla dzieci i młodzieży - 2 razy w trakcie całego leczenia; w uzasadnionym przypadku).

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 udzielanych w 6, 9, 12 miesiącu życia oraz w 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 19 roku życia obejmujących m.in.:

- ocenę stanu uzębienia;
- kontrolę higieny jamy ustnej;
- profilaktykę profesjonalną próchnicy, w tym profilaktykę fluorkową przy braku przeciwwskazań;
- ocenę stanu morfologicznego i funkcji żucia;
- wykrywanie nieprawidłowości zgryzu i kwalifikację do szczególnej opieki stomatologicznej;
- profilaktykę ortodontyczną

zgodnie z zakresem określonym dla poszczególnych grup wiekowych przez 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 całego uzębienia 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 - jeżeli wynika to ze wskazań medycznych-dodatkowo:

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

(Szczegółowy wykaz bezpłatnych, gwarantowanych świadczeń stomatologicznych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 13.1462) wraz z załącznikami. W przypadku istotnych zmian w wykazie świadczeń gwarantowanych

wprowadzonych po wydaniu niniejszego poradnika, ŚwOW NFZ opublikuje stosowny komunikat na stronie internetowej: www.nfz-kielce.pl).

11. Transport sanitarny

Transport sanitarny (karetką) odbywa się na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i to **od decyzji lekarza zależy**, czy pacjent wymaga takiego transportu czy też nie. Ponadto transport sanitarny - w zależności od rodzaju choroby i stanu chorego oraz samego celu transportu - może być **bezpłatny, częściowo płatny i płatny w całości** przez chorego.

Transport bezpłatny - po decyzji lekarza - 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 konieczności zachowania ciągłości leczenia (np. z jednego szpitala do drugiego).

Transport częściowo odpłatny (60 procent płaci pacjent, 40 placówka medyczna) po decyzji lekarza - 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 zatruć;
- wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych - gdy ze zlecenia wynika, że chory jest zdolny 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.

Ważne !

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

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

Transport sanitarny w POZ

Transport sanitarny przysługuje również choremu w ramach świadczeń poradni POZ - wówczas skierowanie na transport wystawia lekarz POZ.

Pacjentowi przysługuje transport POZ w przypadku:

- zachowania ciągłości leczenia, gdy jest ono realizowane przez lekarza POZ;
- konieczności leczenia w innym zakładzie opieki zdrowotnej.

Dotyczy to jednak wyłącznie pierwszorazowej wizyty w najbliższej poradni - w przypadku kontynuacji leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub w przypadku leczenia stomatologicznego, natomiast w przypadku kolejnej wizyty w tej samej poradni specjalistycznej lub stomatologicznej, transport jest już realizowany/zlecany 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 sanitarny „daleki” w POZ**. Dotyczy sytuacji, kiedy:

- pacjent musi skorzystać ze świadczeń w konkretnej poradni specjalistycznej lub z wysokospecjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych realizowanych przez placówkę oddaloną od miejsca zamieszkania więcej niż 120 kilometrów („tam i z powrotem”) - *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;*
- 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 - *do wniosku należy dołączyć zaświadczenie sporządzone w języku polskim, a przygotowane przez zagraniczny szpital, który realizował leczenie*. Transport obejmuje trasę od granicy Polski do miejsca zamieszkania lub leczenia, nie jest realizowany za granicą.

Aby skorzystać z dalekiego transportu sanitarnego pacjent (lub osoba przez niego upoważniona) powinna wystąpić do oddziału Funduszu z wnioskiem poświadczonym przez lekarza POZ. Ponadto w każdym takim przypadku lekarz POZ potwierdza zasadność realizacji transportu dalekiego i wskazuje, kto ma realizować przewóz.

12. Refundacja leków

Pacjent ma prawo - na podstawie recepty (jej wzór określa rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia) - do zakupu leków i wyrobów medycznych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Receptę pełnopłatną może wystawić każdy lekarz, lekarz dentysta, felczer posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu. Natomiast receptę na lek refundowany lekarz, lekarz dentysta, felczer posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, z którym NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawienia recept podlegających refundacji. Stąd ważne jest, by **pacjent udając się po poradę do gabinetu (przychodni) niemającego kontraktu z NFZ już na samym początku wizyty zapytał lekarza, czy ma podpisaną umowę na wypisywanie recept refundowanych**, czyli czy może wypisywać recepty ze zniżką.

Refundacji podlegają leki, środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne określone w Obwieszczeniach publikowanych przez Ministra Zdrowia. Leki refundowane ujęte w Obwieszczeniu mają wyznaczone następujące stopnie odpłatności:

- leki wydawane bezpłatnie - do wysokości limitu finansowania;
- leki wydawane za odpłatnością ryczałtową i leki wydawane za odpłatnością 30% limitu finansowania;
- leki wydawane za odpłatnością 50 procent limitu finansowania.

Istnieją też dodatkowe uprawnienia przysługujące określonym grupom pacjentów:

- **IB (Inwalida Wojenny)** - inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, a także cywilnym

niewidomym ofiarom działań wojennych przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

- **IW (Inwalida Wojskowy)** - inwalidom wojskowym - do wysokości limitu zaopatrzenie w leki z wykazu leków refundowanych.
- **ZK - Zasłużonym Honorowym Dawcom Krwi lub Zasłużonym Dawcom Przeszczepu** - leki z wykazu leków refundowanych bezpłatnie do wysokości limitu finansowania oraz leki, które mogą stosować w związku z oddawaniem krwi, szpiku lub innych narządów.
- **PO** - osobom wykonującym obowiązek obrony - bezpłatnie i bez dopłaty do wysokości limitu finansowania - wszystkie leki z wykazu leków refundowanych oraz leki recepturowe.
- **AZ** - uprawnionym pracownikom i byłym pracownikom zakładów produkujących wyroby zawierające azbest - bezpłatnie leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbestie wyszczególnione w osobnym wykazie.
- **CN** - nieubezpieczonym kobietom w okresie ciąży, porodu lub połogu posiadającym obywatelstwo polskie i zamieszkałym na terytorium Polski.
- **DN** - nieubezpieczonym do ukończenia 18 roku życia posiadającym obywatelstwo polskie i zamieszkałym na terytorium Polski.
- **IN** - osobom nieubezpieczonym, mającym prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym odrębnymi przepisami.
- **WP** - żołnierzom pełniącym czynną służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny.

Wypisywanie i realizacja recept:

Zgodnie z nowymi przepisami lekarz może wystawić (**podczas jednej wizyty**):

- 12 recept na 360 dni stosowania (wcześniej 3 recepty na 90 dni);
- w przypadku środków antykoncepcyjnych - do 6 recept na 6 miesięcy (podobnie jak było, dopisano 6 recept);
- w przypadku maści, kremów, mazideł past i żeli na skórę - do 16 recept na 120 dni korzystania (było 3 miesiące).

Ponadto na jednym druku może być wypisana podwójna ilość leku recepturowego (była pojedyncza), a w przypadku maści nawet dziesięciokrotna ilość leku.

Natomiast jeżeli chodzi o preparaty zawierając środki odurzające (z tzw. grupy I-N) oraz substancje psychotropowe (z tzw. grupy II-P), to podczas jednej wizyty lekarz może wystawić recepty na 90 dni (było 30) - 3 recepty na następujące po sobie okresy stosowania (nie dłużej jednak niż na 90 dni). Ponadto usunięto obowiązek

„szczegółowego" zapisania przez lekarza na receptę sposobu dawkowania leku i wydłużono termin realizacji recepty z 14 dni do 30.

Lekarz w szczególnych przypadkach może bez dokonania osobistego badania pacjenta wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia. Może też wystawić zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, jeśli takie są potrzebne i stanowią kontynuację leczenia. Recepty "zaoczne" mogą być przekazywane osobie upoważnionej przez pacjenta, np. jego przedstawicielowi ustawowemu. Pacjent musi jednak złożyć u swojego lekarza upoważnienie lub oświadczenie w tej sprawie. W obu przypadkach musi być dokonana właściwa adnotacja w dokumentacji medycznej.

Termin wykupienia preparatów nie może przekroczyć:

- 7 dni od daty jej wystawienia - w przypadku recepty na antybiotyki;
- 30 dni od daty jej wystawienia - dla pozostałych recept;
- 120 dni od daty jej wystawienia - w przypadku realizacji recepty na leki sprowadzane z zagranicy dla użytkowników indywidualnych (na zasadach określonych w odrębnych przepisach);
- 90 dni od daty jej wystawienia - w przypadku realizacji recepty na preparaty immunologiczne dla indywidualnego pacjenta.

Uwaga! Jeżeli lekarz ordynuje preparat zaliczający się do kategorii "wydawane z przepisu lekarza, zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, określone w odrębnych przepisach - Rpw" powinien zastosować właściwy druk recepty, którego wzór określa załącznik nr 7 rozporządzenia. W przeciwnym wypadku pacjent nie będzie mógł zrealizować recepty

Ważne !

Warunkiem wypisania recepty na wszystkie leki refundowane (zarówno w przypadku choroby przewlekłej jak i krótkotrwałej) jest dysponowanie przez każdego lekarza - bez względu na to czy jest to lekarz POZ czy specjalista - udokumentowanym rozpoznaniem choroby i proponowanym sposobem leczenia. Schorzenie przewlekłe może być zdiagnozowane i leczone **zarówno przez lekarza POZ, jak i lekarza specjalistę**. W przypadku, gdy chorobę rozpoznaje i leczy lekarz specjalista, istnieje możliwość wypisywania recept na te leki w celu kontynuacji leczenia także przez lekarza POZ. Lekarz POZ powinien posiadać od lekarza specjalisty informację medyczną o diagnozie i prowadzonej terapii - lekarz specjalista ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązany jest do pisemnego informowania lekarza rodzinnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, okresie ich stosowania i dawkowaniu. **Lekarz POZ ma również możliwość weryfikacji sposobu leczenia pacjenta w zakresie własnych kompetencji zawodowych.**

Z kolei farmaceuta ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na receptę (tzw. tańszego zamiennika) - musi być to lek o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy lekarz dokonał na receptę adnotacji: nie zamieniać.

Informację na temat tańszych zamienników można też uzyskać pod specjalnym numerem infolinii Ministerstwa Zdrowia: **22 123 98 00**. Przez cały tydzień, od godziny 8:00 do 20:00, farmaceuci udzielają informacji o możliwości zamiany leków refundowanych przepisanych przez lekarzy na ich tańsze, bezpieczne i skuteczne odpowiedniki.

13. Refundacja przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Podstawą uzyskania takiej refundacji jest zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, prawidłowo wystawione przez lekarza.

W przypadku zaopatrzenia comiesięcznego (np. pieluchomajtki, sprzęt stomijny, cewniki, worki do zbiórki moczu) zlecenie może wystawić zarówno lekarz specjalista, jak i lekarz pierwszego kontaktu, natomiast w przypadku niektórych przedmiotów takich jak np. wózek inwalidzkie, konieczne będzie wystawienie zlecenia przez **określonego lekarza specjalistę**.

Zlecenie w celu potwierdzenia, chory lub inna osoba w jego imieniu przynosi osobiście albo przesyła drogą pocztową do oddziału NFZ, do którego należy.

Ważne !

Aby uzyskać refundację na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych należy w **pierwszej kolejności dokonać potwierdzenia zlecenia przez NFZ**, a następnie udać się do sklepu medycznego/apteki, celem jego zakupu. Fundusz nie refunduje przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zakupionych bez potwierdzenia (nawet zgodnie ze zleceniem lekarskim). Ponadto zakup środka ortopedycznego może być dokonany wyłącznie w punkcie (aptece, sklepie), który ma umowę z NFZ.

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze są **refundowane przez NFZ do wysokości limitu** określonego w przepisach Ministerstwa Zdrowia.

Wśród refundowanych wyrobów medycznych będą zarówno takie, które wymagać będą dopłaty ze strony pacjenta jak i takie, które są w 100% refundowane przez NFZ. Wysokość ewentualnej dopłaty uzależniona będzie od limitu ceny danego przedmiotu, jak i jego ceny sprzedaży np.: chory wybiera przedmiot medyczny w cenie 2 000,00 złotych, limit refundacji ustalony przez Ministra Zdrowia na ten przedmiot wynosi 800,00 złotych, w związku z tym różnicę pomiędzy kwotami tj. 1 200,00 złotych chory musi pokryć z własnej kieszeni. **Jeżeli cena wyrobu medycznego jest niższa niż limit finansowania ze środków publicznych, wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy będzie liczona od tej ceny.**

Refundacja danego środka czy przedmiotu w większości przypadków przysługuje pacjentowi na konkretny okres czasu i dopiero po jego upływie możliwe jest wystawienie przez lekarza kolejnego wniosku na następny wyrób medyczny.

Dział ds. Środków Pomocniczych i Przedmiotów Ortopedycznych
Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, 25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9, pokój nr 3 (budynek seminarium). Informacja telefoniczna: (41) 36 46 237 lub 115. Przez całą dobę, siedem dni w tygodniu zlecenie w celu potwierdzenia można wrzucić do specjalnie oznakowanej skrzynki znajdującej się na budynku głównym siedziby świętokrzyskiego NFZ. Potwierdzenia zlecenia można także dokonać w punktach obsługi ubezpieczonych Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Sandomierzu, ul. Mickiewicza 34, godziny otwarcia - w dni robocze w godz. 7:30 - 15:30, tel. 0 663 43 15 71 oraz w Ostrowcu - Świętokrzyskim, oś. Słoneczne 43 (NZOZ „Rodzina”), tel. (41) 247 67 53 w godz. 8:00 -14:00.

III. Profilaktyczne programy zdrowotne

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi i finansuje działalność profilaktyczną. Osoby ubezpieczone mogą korzystać - **bez żadnego skierowania** - z bezpłatnych badań, dzięki którym chorobę można wykryć już wtedy, gdy nie daje żadnych odczuwalnych objawów i gdy są ogromne szanse na jej szybkie wyleczenie. W 2015 roku można skorzystać z następujących bezpłatnych programów profilaktycznych:

- **Program profilaktyki raka szyjki macicy** adresowany jest do kobiet w wieku 25-59 lat, które nie wykonały badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat. U kobiet obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV - typem wysokiego ryzyka), badanie jest wykonywane co 12 miesięcy. Kobiety młodsze niż 25 lat i starsze niż 59 lat, mogą skorzystać z badania cytologicznego w ramach porady udzielonej przez lekarza w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.
- **Program profilaktyki raka piersi** przeznaczony jest dla ubezpieczonych kobiet w wieku od 50 do 69 lat, które przez ostatnie dwa lata nie miały wykonywanej mammografii oraz do tych, które otrzymały pisemne wskazanie do wykonania ponownego badania mammograficznego po upływie 12 miesięcy. Kobiety młodsze niż 50 lat i starsze niż 69 lat mogą skorzystać z mammografii w ramach porady udzielonej przez lekarza w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.
- **Program profilaktyki chorób układu krążenia** kierowany jest do osób, które w tym roku kalendarzowym mają 35, 40, 45, 50, 55 lat i są obciążone czynnikami ryzyka takimi jak palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze krwi czy zaburzenia gospodarki lipidowej. Obejmuje także osoby, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu profilaktyki CHUK, także u innych świadczeniodawców.
- **Program profilaktyki gruźlicy** to program adresowany do osób dorosłych, nie posiadających w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy. Skierowany jest w szczególności do osób, które miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą, a także do osób, u których stwierdza się przynajmniej jedną z następujących okoliczności: długotrwale bezrobotny, niepełnosprawny, obciążony długotrwałą chorobą, obciążony problemem alkoholowym i/lub narkomanią, bezdomnością.
- **Program profilaktyki chorób odtytoniowych** (w tym POChP) to program adresowany do osób powyżej 18 r.ż. palących papierosy, w tym - w zakresie diagnostyki POChP - w szczególności do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40 a 65 rokiem życia, którzy nie mieli wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POChP w ciągu ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym,

przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy.

- **Program badań prenatalnych** adresowany jest do kobiet ciężarnych, spełniających co najmniej jedno z następujących kryteriów: wiek powyżej 35 lat, wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka, stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka, stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową, stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Bezpłatnie badania można wykonać w tych zakładach opieki zdrowotnej, które podpisały umowę z NFZ na udział w programie (szczegółowa lista w części B poradnika). Wystarczy zgłosić się osobiście lub umówić telefonicznie z wybraną placówką i ustalić dogodny termin wizyty.

Ważne !

Prosimy zwrócić uwagę na fakt, że programy adresowane są **do określonych grup wiekowych, najbardziej narażonych na zachorowanie**. Jednak osoby, które nie mieszczą się w wymienionym przedziale wiekowym, również mają prawo do bezpłatnych badań w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Muszą jednak uzyskać skierowanie na takie badania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalisty.

IV. Leczenie w krajach Unii Europejskiej



Wzór Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, w skrócie EKUZ, to dokument w postaci plastikowej karty, potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne, dzięki któremu w razie nagłego zachorowania czy wypadku podczas pobytu w krajach Unii Europejskiej i obszaru płatniczego EFTA (Islandii, Liechtensteinu, Norwegii i Szwajcarii) nie będziemy płacić pełnego kosztu leczenia (EKUZ gwarantuje nam takie zasady świadczeń medycznych, jakie obowiązują w kraju, gdzie przebywamy i to wyłącznie w tych placówkach medycznych, które mają podpisaną umowę na leczenie z ubezpieczycielem danego kraju). Ponadto osoba ubezpieczona podczas pobytu w państwie członkowskim innym niż miejsce zamieszkania jest uprawniona do otrzymania świadczeń rzeczowych, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie jego pobytu (z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń i przewidywanego czasu pobytu). EKUZ nie jest natomiast dokumentem, którym możemy się posłużyć, kiedy celem naszego wyjazdu za granicę jest leczenie planowe, np. operacja zaćmy czy konsultacja specjalistyczna.

EKUZ uzyskamy w Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, do którego odprowadzamy składki. W tym celu wypełniamy wniosek o wydanie EKUZ (można go pobrać ze strony internetowej <https://www.ekuz.nfz.gov.pl> lub na miejscu w oddziale) i z 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. Wypełniony wniosek można też przesłać pocztą.

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 wyżej wymienionych osób (w przypadku dzieci - powyżej 18 r.ż. niezbędne jest przedstawienie dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki);
- **2 miesiące** dla osób bezrobotnych zarejestrowanych w Urzędzie Pracy oraz niewymienionych wcześniej osób ubezpieczonych.

Karta może być wydana także osobom nieposiadającym tytułu do ubezpieczenia, a które spełniają kryteria przewidziane w ustawie:

- **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 zaawansowania 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 w tej sprawie decyzję np. wójta, burmistrza;
- **do 42 dni od dnia porodu** dla kobiet w okresie porodu, posiadających obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

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

Nieposiadanie przy sobie EKUZ skutkuje tym, że koszty leczenia pokryjemy z własnej kieszeni. Po powrocie do kraju możemy się ubiegać o ich częściowy czy całkowity zwrot, warunkiem jest jednak posiadanie dokumentacji. Dlatego od zagranicznej placówki żądamy wszelkich faktur, kserokopii dokumentacji medycznej, ordynacji lekarskich dotyczących osoby, która była leczona. Trzeba jednak pamiętać, że proces odzyskiwania pieniędzy jest długotrwały i nie zależy od NFZ, ale od strony zagranicznej.

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.

EKUZ można także otrzymać w punktach obsługi ubezpieczonych Świątokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Sandomierzu, ul. Mickiewicza 34, godziny otwarcia - w dni robocze w godz. 7:30 – 15:30, tel. 663 43 15 71 oraz w Ostrowcu - Świątokrzyskim, oś. Słoneczne 43 (NZOZ „Rodzina”), tel. 41 247 67 53 w godz. 8:00-14:00.

Transgraniczna Opieka Zdrowotna

Nowym rozwiązaniem, które obowiązuje od 15 listopada 2014 roku jest możliwość leczenia planowego (w sytuacji, kiedy obywatel Polski wyjeżdża za granicę właśnie w celu podjęcia leczenia) w krajach Unii Europejskiej (Dyrektywa nie obejmuje krajów EFTA) na podstawie przepisów wprowadzających Dyrektywę Transgraniczną. Jednak leczenie to jest możliwe pod pełnymi warunkami. **Przede wszystkim refundowane może być to świadczenie, które jest świadczeniem gwarantowanym w Polsce.** Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest uzyskanie przez pacjenta - jeszcze przed wyjazdem na terapię odpowiedniego skierowania dla:

- badań diagnostycznych;
- rehabilitacji uzdrowskiej;
- świadczeń pielęgnacyjnych lub opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z wyjątkiem specjalizacji medycznych i grup uprawnień określonych w art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);
- leczenia szpitalnego;
- rehabilitacji leczniczej;

oraz

- odpowiedniego skierowania oraz jego potwierdzenia w zakresie celowości leczenia uzdrowskiego;
- odpowiedniego zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym transportu lotniczego.

Natomiast w przypadku takich świadczeń, jak:

- świadczenia opieki zdrowotnej wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń;
- leczenie w ramach programów lekowych;

- terapia izotopowa;
- teleradioterapia stereotaktyczna;
- teleradioterapia hadronowa wiązką protonów;
- terapia hiperbaryczna;
- wszczepienie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne;
- badania genetyczne;
- pozytonowa tomografia emisyjna;
- badania medycyny nuklearnej;
- tomografia komputerowa;
- rezonans magnetyczny

konieczna jest wcześniejsza zgoda na finansowanie leczenia wydana przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Warto też wiedzieć, że w przypadku świadczeń wykonywanych w ramach Dyrektywy Transgranicznej (inaczej niż w przypadku EKUZ) pacjent może wybrać sobie dowolną placówkę w kraju unijnym (nie musi mieć ona umowy z ubezpieczycielem), ale za to sam pokrywa koszty leczenia i dopiero po powrocie do kraju wraz z fakturami, skierowaniami czy uprzednią zgodą dyrektora OW NFZ i wnioskiem zgłasza się do Funduszu o ich zwrot. Refundacja odbywa się na poziomie kosztów tego samego świadczenia wykonywanego w Polsce (chyba, że koszt wykonanego zbiegu za granicą jest niższy niż w kraju). Zwrot następuje w złotych, po kursie danej waluty w czasie trwania leczenia.

**Wojewódzki Punkt Kontaktowy Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
ul. Jana Pawła II 9, 25-025 Kielce - budynek seminarium, pokój numer 7, tel. 41 36 46 222, 136, 215, godziny otwarcia - 8:00-16:00 w dni robocze.**

V. Prawa pacjenta

Każdy ma prawo do ochrony zdrowia i do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. 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.

Pacjent zgłaszający się do zakładu opieki zdrowotnej z powodu zagrożenia życia lub zdrowia, ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu pomocy niezależnie od okoliczności (na przykład jest spoza kolejki, nie ma skierowania lub skierowanie wystawił lekarz niemający umowy z NFZ). Ponadto pacjent ma prawo do:

- udzielania mu świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- do świadczeń zdrowotnych pogotowia ratunkowego w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia;
- 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 rokowaniach (dotyczy to również pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 lat, a w przypadku chorych poniżej 16 roku życia - do informacji podanej w formie niezbędnej do prawidłowego przebiegu diagnostyki i terapii);
- informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych przez placówkę medyczną, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych realizowanych przez tę placówkę;
- dostępu do dokumentacji medycznej - zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek prowadzić i przechowywać dokumentację medyczną pacjenta i udostępniać ją (do wglądu lub do kopiowania) choremu lub osobie przez niego wskazanej;
- 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.

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.

Prawa pacjenta wynikają z kilku aktów prawnych - najważniejsze z nich, to:

- *Konstytucja z dnia 2 kwietnia 1997r. (Dz.U. z 1997r. Nr 78,poz.483 z późn. zm.);*
- *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2009r. Nr 52 poz.417 z późn. zm.);*
- *Ustawa. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz .U. 2004 nr 210 poz. 2135)*

oraz ustaw o: ochronie zdrowia psychicznego, pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, o zawodach lekarza i lekarza dentysty, o zawodach pielęgniarki i położnej.

VI. Dodatkowe uprawnienia wybranych grup pacjentów

Istnieje grupa osób ubezpieczonych mających dodatkowe uprawnienia w opiece medycznej (jak np. tańsze czy darmowe leki, przyjęcia bez kolejki, itp.). Należą do nich:

INWALIDZI WOJENNI *(Po okazaniu „Książki inwalidy wojennego - wojskowego” wydanej przez organ rentowy o symbolu ZUS Rw-51. Kod uprawnienia na recepcie IB):*

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP;
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit);
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

OSOBY REPRESJONOWANE *(Po okazaniu „Legitymacji osoby represjonowanej” wydanej przez organ rentowy o symbolu ZUS Rw-52. Kod uprawnienia na recepcie IB):*

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit);
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania.

KOMBATANCI *(Po okazaniu „Zaświadczenia o uprawnieniach” wydanego przez Urząd ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych):*

- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania;
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

INWALIDZI WOJSKOWI *(Po okazaniu „Książki inwalidy wojennego - wojskowego” wydanej przez organ rentowy o symbolu ZUS RW-51. Kod uprawnienia na recepcie IW):*

- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania;
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit);
- bezpłatne do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (określonego przez Ministra Zdrowia) zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę, objęte decyzją o refundacji w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń.

MALŻONKOWIE INWALIDÓW WOJENNYCH I OSÓB REPRESJONOWANYCH POZOSTAJĄCY NA ICH WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU ORAZ WDOVY I WDOVCY PO POŁĘGLYCH ŹOŁNIERZACH I ZMARŁYCH INWALIDACH WOJENNYCH ORAZ OSOBACH REPRESJONOWANYCH, UPRAWNIENI DO RENTY RODZINNEJ *(Legitymujący się Decyzją wydaną przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Kod uprawnienia na recepcie IB):*

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP.

CYWILNE NIEWIDOME OFIARY DZIAŁAŃ WOJENNYCH *(Po okazaniu „Legitymacji cywilnej niewidomej ofiary działań wojennych” wydanej przez organ rentowy. Kod uprawnienia na recepcie IB):*

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit);
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania.

ZASŁUŻENI HONOROWI DAWCY KRWI *(Po okazaniu „Legitymacji Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” wydanej przez Zarząd Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża. Kod uprawnienia na recepcie ZK):*

- bezpłatne do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (limit określa Ministerstwo Zdrowia) zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę, objęte decyzją o refundacji w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń;
- bezpłatne zaopatrzenie w leki, które dawca stosuje w związku z oddawaniem krwi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”;
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

ZASŁUŻENI DAWCY PRZESZCZEPÓW (Po okazaniu „Legitymacji Zasłużonego Honorowego Dawcy Przeszczepu” wydanej przez Ministra Zdrowia. Kod uprawnienia na receptę ZK):

- bezpłatne do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (limit określa Ministerstwo Zdrowia) zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę, objęte decyzją o refundacji w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń;
- bezpłatne zaopatrzenie w leki, które dawca stosuje w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”;
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Ponadto **osoba będąca żywym dawcą narządów** ma prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzonych przez zakład opieki zdrowotnej, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat.

UPRAWNIONY ŻOŁNIERZ LUB PRACOWNIK, W ZAKRESIE LECZENIA URAZÓW LUB CHOROÓB NABITYCH PODCZAS WYKONYWANIA ZADAŃ POZA GRANICAMI PAŃSTWA (Po okazaniu „Legitymacji osoby poszkodowanej poza granicami państwa” wydanej przez Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia. Kod uprawnienia na receptę PO):

- bezpłatne do wysokości limitu (określonego przez Ministra Zdrowia) finansowania ze środków publicznych zaopatrzenie w leki z listy leków refundowanych, a także

środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne dostępny w aptece na receptę;

- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bez skierowania;
- w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit);
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.

WETERAN POSZKODOWANY W DZIAŁANIACH POZA GRANICAMI PAŃSTWA (*legitymujący się „Legitymacją weterana poszkodowanego” wydaną przez Ministra Obrony Narodowej - w odniesieniu do żołnierzy, ministra właściwego do spraw wewnętrznych - w odniesieniu do funkcjonariuszy, albo Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego - w odniesieniu do funkcjonariuszy ABW*):

- prawo do korzystania poza kolejnością z bezpłatnej pomocy psychologicznej udzielanej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, jeżeli problemy zdrowotne funkcjonariusza są związane z działaniami poza granicami państwa;
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielanych w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- prawo do korzystania poza kolejnością ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa innych niż wymienione wyżej (uprawnienie do bezterminowego czasu trwania leczenia);
- prawo do bezpłatnego zaopatrzenia w leki objęte wykazem ujętym w aktualnym Obwieszczeniu Ministra Zdrowia: dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń, we wskazaniu określonym stanem klinicznym oraz leki recepturowe - na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych - zgodnie z wykazem określonym przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia;

- w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane bez skierowania.

WETERANI WALK O NIEPODLEGŁOŚĆ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ *Członkowie Korpusu Weteranów Walk o Niepodległość Rzeczypospolitej Polskiej:*

- Uprawnienia członków **Korpusu** są tożsame z uprawnieniami właściwymi dla kombatanatów.

Członkostwo w Korpusie potwierdza legitymacja, wydawana na wniosek członka Korpusu przez Szefa Urzędu ds. Spraw Kombatanatów i Osób Represjonowanych, zgodnie z dyspozycjami Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie legitymacji członka Korpusu Weteranów Walk o Niepodległość Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z dnia 15 maja 2014 r., poz. 620)

Najważniejsze podstawy prawne:

1. *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.).*
2. *Ustawa z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2010 r. Nr 101, poz. 648 z późn. zm.).*
3. *Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. z 2011r., Nr 205, poz. 1203).*
4. *Ustawa z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U.2014.1206 - tekst jednolity).*
5. *Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2011.122.696 z późn. zm.).*

VII. Gdzie złożyć skargę

Każdy pacjent, który ma uwagi do postępowania personelu medycznego czy funkcjonowania placówki medycznej, jest niezadowolony ze sposobu udzielania mu świadczeń, ma prawo złożyć skargę. Może to zrobić u:

- **bezpośredniego przełożonego** osoby, która zdaniem chorego postąpiła niewłaściwie (na przykład u ordynatora, pielęgniarki oddziałowej, pielęgniarki naczelnej), u szefa placówki medycznej (dyrektora, prezesa), w której doznał krzywdy.
- **Rzecznika Praw Pacjenta** (także w sprawach rozwiązań systemowych ochrony zdrowia).

Ogólnopolska bezpłatna infolinia

Rzecznika Praw Pacjenta:

800 190 590

Czynna: pn. - pt. w godz. 9:00 - 21:00

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

ul. Młynarska 46

01-171 Warszawa

Sekretariat:

tel. **(22) 532 82 50**

fax. **(22) 532 82 30**

Przyjęcia interesantów w Biurze:

poniedziałek - piątek w godzinach od 9:00 do 15:00.

- **Rzecznika Praw Obywatelskich** - al. Solidarności 77, 00 - 090 Warszawa, tel. (22) 55 17 700, fax. (22) 827 64 53.

W sprawach dotyczących samego funkcjonowania placówek medycznych, ich umowy z NFZ, rejestracji, itp. skargę można złożyć w:

- **Świętokrzyskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia** - 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 8:00 - 16:00.
- **Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia** - Wydział Skarg i Wniosków - Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa, tel. **(22) 572 60 41**, fax: **(22) 572 63 31**, e-mail: infolinia@nfz.gov.pl. Infolinia - 0 800 392 976.

W sprawach dotyczących procesu diagnostycznego, leczenia, błędów w sztuce lekarskiej, a także nieetycznego zachowania się lekarzy u:

- **Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej** - Świętokrzyska Izba Lekarska 25-389 Kielce, ul. Wojska Polskiego 52, e-mail: sekretariat@sil.apsnet.pl, tel. (41) 368 75 67, (41) 362 13 81, tel/fax: (41) 362 15 00. Instancją odwoławczą jest Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.
- W analogicznych sprawach dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki skargi rozpatruje Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej - Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych, 25-522 Kielce, ul. Nowy Świat 32A, tel. (41) 300 26 62, (41) 315 61 87, e-mail: sipip@interia.pl.

Ważne !

O błędach medycznych orzekają także specjalne komisje powołane przez wojewodę. Składają się one z przedstawicieli wojewody, ministerstwa zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, samorządów lekarskich i pielęgniarskich, adwokatów i radców prawnych oraz organizacji społecznych działających na terenie województwa na rzecz pacjentów:

Wojewódzka komisja ds. orzekania o zdarzeniach medycznych, Świętokrzyski Urząd Wojewódzki - (www.wczp.kielce.uw.gov.pl) - al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, tel. (41) 342 13 82. UWAGA! Komisje zajmują się zdarzeniami medycznymi mającymi miejsce po 1 stycznia 2012 roku.

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

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

Uwaga! Dane teleadresowe szpitali, gabinetów, poradni zostały opublikowane na podstawie informacji przekazanej Świętokrzyskiemu Oddziałowi NFZ przez placówki medyczne. Fundusz nie ponosi więc odpowiedzialności za treść tych danych i ewentualne zmiany, jakie mogły nastąpić, a o których nie został poinformowany.

**Aktualny wykaz placówek medycznych dostępny
jest na stronie internetowej oddziału:**

www.nfz-kielce.pl

(w zakładce „Gdzie się leczyć”)