

SPIS TREŚCI

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

I. Informacje podstawowe	
Prawo do bezpłatnej opieki medycznej, ubezpieczenie zdrowotne, dowód ubezpieczenia	5
Rejestracja	11
Listy oczekujących	12
Dokumentacja medyczna	12
II. Informacje o rodzajach świadczeń medycznych	
Stan nagły, zagrożenie życia	15
Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	16
Podstawowa opieka zdrowotna (POZ).	17
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)	20
Leczenie szpitalne	23
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.	24
Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna.	25
Leczenie rehabilitacyjne.	27
Leczenie uzdrowiskowe	28
Leczenie stomatologiczne	31
Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	34
Transport sanitarny	36
Recepty i leki	38
III. Profilaktyczne programy zdrowotne	41
IV. Leczenie w krajach Unii Europejskiej	43
V. Prawa pacjenta	46
VI. Gdzie złożyć skargę	51
VII. Przydatne adresy i telefony	53

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

I. Nocna i świąteczna pomoc zdrowotna	56
II. Podstawowa opieka zdrowotna	57
III. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	82
IV. Szpitale	101
VI. Leczenie psychiatryczne i uzależnień	107
VII. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	110

VIII. Opieka paliatywna i hospicyjna	111
IX. Rehabilitacja lecznicza	112
X. Gabinety stomatologiczne	117
XI. Pomoc neonatologiczna i transport sanitarny	126
XII. Ratownictwo medyczne	126
XIII. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (adresy placówek i sklepów, w których można zaopatrywać się w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze).	127
XIV. Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane (adresy pracowni tomografii komputerowej, PET, poradni genetycznej, placówek prowadzących domowe leczenie tlenem, pracowni dializ).	136
XV. Programy profilaktyczne	137

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.	- Świątokrzyskie
Reh.	- Rehabilitacyjny
ZOL	- Zakład Opiekuńczo Leczniczy
ZPLA	- Zespół Placówek Lecznictwa Ambulatoryjnego
ZPOL	- Zespół Placówek Opiekuńczo Leczniczych
ZZLU	- Zespół Zakładów Lecznictwa Uzdrawiskowego

WSTĘP

W 2011 roku polski parlament przegłosował pierwszy pakiet tak zwanych ustaw zdrowotnych, w tym roku zostaną uchwalone kolejne. Wszystkie wywołały polityczną oraz medialną burzę i skrajne oceny: „pacjentowi będzie lepiej”, „pacjentowi będzie gorzej”. Celem naszego poradnika nie jest przedstawianie punkt po punkcie nowych, dość skomplikowanych przepisów, ale omówienie zasad korzystania z pomocy medycznej, które aktualnie obowiązują. W wielu przypadkach bowiem w roku 2012 będziemy się leczyć „po staremu”, w innych czekają nas natomiast istotne zmiany. Stąd informator „Jak i gdzie leczyć się bezpłatnie” jest pewnym kompendium wiedzy, która powinna pomóc choremu korzystającemu z pomocy medycznej. Nie cytujemy paragrafów, ale – mamy nadzieję – w sposób jasny i przystępny wyjaśniamy, co przysługuje (ale i co nie) pacjentowi, jakie ma prawa, ale i jakie obowiązki, jaki jest tryb postępowania podczas korzystania z pomocy placówek medycznych. Innymi słowy opisujemy co ma zrobić chory, jak postępować, czego się domagać, by mógł korzystać z bezpłatnej opieki medycznej i by sytuacji konfliktowych w przychodniach i szpitalach było jak najmniej. Z naszego doświadczenia wynika bowiem, że wiele kłopotów jest spowodowanych nieznaną lub złą interpretacją przepisów.

Tak jak w poprzednich edycjach poradnika prezentujemy też listę placówek medycznych województwa świętokrzyskiego mających kontrakt z NFZ, a więc przyjmujących osoby ubezpieczone bez opłat. Duże zmiany w porównaniu z rokiem ubiegłym są zwłaszcza w czterech specjalnościach: stomatologia, psychiatria, rehabilitacja i programy profilaktyczne. Po przeprowadzonych konkursach w tych zakresach medycznych część placówek nie uzyskała kontraktu, a na ich miejsce „weszły” nowe poradnie i oddziały.

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

I. Informacje podstawowe

1. Prawo do bezpłatnej opieki medycznej, ubezpieczenie zdrowotne, dowód ubezpieczenia

W Polsce większość świadczeń medycznych jest bezpłatnych i chory nie ponosi żadnych bezpośrednich kosztów. Istnieją jednak rodzaje świadczeń, jak na przykład zakup leków, środków pomocniczych, przedmiotów ortopedycznych, kiedy to pacjent partycypuje w kosztach medycznej usługi. Częściowo odpłatne jest leczenie stomatologiczne. Podczas leczenia uzdrowskiego czy pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym trzeba się liczyć z dopłatą do zakwaterowania i żywienia. Pacjent może być obciążony kosztami niektórych usług transportu sanitarnego. Istnieje też wykaz świadczeń nie finansowanych ze środków publicznych (a więc w całości płaconych przez pacjenta), który zawiera takie pozycje, jak na przykład operacje plastyczne w przypadkach nie będących następstwami wady wrodzonej, nieobowiązkowe szczepienia ochronne, akupresura, medycyna niekonwencjonalna, itp.

Aby nie 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 (w 2012 roku 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, liczby placówek medycznych w danym regionie, stopnia specjalizacji tych placówek. Dzięki temu z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych może korzystać każdy ubezpieczony, a nie tylko ten, który zgromadził sobie najwięcej środków, bo najwięcej zarabia i mało korzysta z usług medycznych. Przy innym rozwiązaniu najubożsi (na przykład emeryci, renciści, którzy chorują najczęściej), ze swojej składki nie mieliby

za co się leczyć, zwłaszcza nie mogliby korzystać z bardzo drogiej procedur medycznych stosowanych na przykład w onkologii (chemioterapia, radioterapia), kardiologii (przeszczepy, plastyki tętnic, by-passy), itp.

Kto jest uprawniony do leczenia finansowanego ze środków publicznych?

Uprawnionymi do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych są:

• Osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego

Większość Polaków podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego np. z tytułu zatrudnienia, prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pozarolniczej działalności gospodarczej. Osoby te zgłaszane są do ubezpieczenia za pośrednictwem ZUS lub KRUS. Po dokonaniu zgłoszenia uzyskują prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Po wygaśnięciu 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.

• Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej

Osoba ubezpieczona ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia tych członków rodziny, którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z własnego tytułu, a zamieszkują na terenie Polski lub jednego z krajów Unii Europejskiej (UE) czy Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), mają obywatelstwo polskie lub innego kraju UE/EFTA i nie podlegają ustawodawstwu innemu niż polskie.

Czyli na przykład: jeśli dana osoba pracuje we Francji to nie podlega polskiemu ustawodawstwu i nie może być zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce jako członek rodziny. Nie można także zgłosić do ubezpieczenia jako członka rodziny takiej osoby, która jest zatrudniona (za wyjątkiem umowy o dzieło). Osoba zarejestrowana jako bezrobotna w Urzędzie Pracy, też nie może być zgłoszona jako członek rodziny, gdyż ubezpiecza ją Urząd Pracy.

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;
- 2) małżonek;

- 3) krewny wstępny (tj. ojciec, matka, dziadkowie) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Ważne!

- ✓ 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.
- ✓ Polisy ubezpieczeniowe wykupione w różnych towarzystwach i zakładach ubezpieczeniowych nie dają statusu osób ubezpieczonych w Funduszu - NFZ nie może finansować zatem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom nieubezpieczonym w Funduszu, a posiadającym tego rodzaju polisy i ubezpieczenia.
- ✓ Po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, osoby, które zachowują prawo do świadczeń zdrowotnych w związku z wypłacanym np. zasiłkiem chorobowym lub ubiegające się o przyznanie renty/emerytury – o ile mają taką możliwość i spełniają określone warunki - powinny być zgłoszone do ubezpieczenia jako członkowie rodziny.
- ✓ Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny nie skutkuje podwojeniem czy zwielokrotnieniem pobieranej składki zdrowotnej.

• Osoby uprawnione do świadczeń na podstawie decyzji wójta (burmistrza lub prezydenta miasta)

Uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są także 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 połogu

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

• Osoby ubezpieczone w innym kraju UE/EFTA

Uprawnionymi do świadczeń w Polsce są także obywatele Unii Europejskiej, jeśli w swoim kraju są ubezpieczeni w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Obowiązują tu analogiczne zasady udzielania świadczeń jak dla osób ubezpieczonych w NFZ, które ze względów medycznych zmuszone są skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu w innym państwie unijnym (rozdział „Leczenie w krajach Unii Europejskiej”). Decyzję o konieczności podjęcia leczenia podejmuje lekarz.

Osoby, które nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z żadnego tytułu (na przykład nie są nigdzie zatrudnione, uzyskują dochód wyłącznie na podstawie umowy o dzieło lub są pracownikami przebywającymi na urlopie bezpłatnym) mogą ubezpieczyć się dobrowolnie w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Jak ubezpieczyć się dobrowolnie?

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

- zgłosić się do Oddziału Funduszu właściwego dla miejsca zamieszkania;
- wypełnić wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, dołączyć 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) oraz okazać dowód tożsamości;
- w ciągu 7 dni od podpisania umowy zgłosić się do ZUS, by dokonać zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego siebie i ewentualnie członków rodziny;
- opłacać comiesięczną składkę, a po rozwiązaniu lub wygaśnięciu umowy wyrejestrować się z ubezpieczenia zdrowotnego w ZUS.

Wnioskodawca podpisuje umowę w siedzibie oddziału wojewódzkiego NFZ osobiście lub przez pełnomocnika, któremu udzielił pisemnego upoważnienia. Umowa podpisana przez ubezpieczonego i dyrektora Oddziału, wraz z drukami zgłoszeniowymi ZUS i dowodem wpłaty ostatniej składki, stanowi dowód ubezpieczenia.

Ważne!

- ✓ 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).

Wysokość comiesięcznie odprowadzanej składki zależy od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku. Zmienia się ona raz na kwartał. Ponadto, przed zawarciem umowy wnioskodawca wpłaca na konto oddziału wojewódzkiego Funduszu dodatkowej, jednorazowej opłaty, 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.

Dowód ubezpieczenia

Aby w przychodni, szpitalu, ośrodku zdrowia nie płacić za leczenie, pacjent musi się okazać dowodem ubezpieczenia (w przypadku nagłego zachorowania dokument może być przedstawiony w terminie 7 dni od daty zgłoszenia się do lekarza, a przy pobycie w szpitalu w terminie do 30 dni). Do dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń należą:

- zaświadczenie wydane przez płatnika składki (np. zakład pracy, ZUS) lub druk ZUS ZUA i ZUS RMUA (odprowadzenie składki zdrowotnej za ostatni należny miesiąc);
- legitymacja ubezpieczeniowa, tzw. książeczka zdrowia - nie są już wydawane przez pracodawców, ale dla osób, które je posiadają, mogą być dowodem ubezpieczenia, pod warunkiem, że płatnik przekazał zgłoszenie do ZUS, a wpisy w legitymacji są aktualizowane. To oznacza między innymi, że pieczętka potwierdzająca zatrudnienie i prawo do świadczeń zdrowotnych została przybita w książeczce maksimum 30 dni przed wizytą u lekarza. Na przykład udajemy się do przychodni 27 października, data potwierdzenia pieczętką pracodawcy nie może być wcześniejsza niż 27 września;
- odcinek emerytury lub renty;
- legitymacja emeryta/rencisty, której numer nie zawiera znaków „--”;
- zgłoszenie do ubezpieczenia (druk ZUS ZUA, ZCZA lub ZCNA) – dla uczniów/studentów wraz z ważną legitymacją szkolną/studencką;
- w przypadku studentów ubezpieczonych przez uczelnię - ważna legitymacja studencka wraz z dokumentem potwierdzającym zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ.

Ważne!

Najwięcej problemów, które zgłaszają zarówno pacjenci jak i lekarze, dotyczy dowodów ubezpieczenia członków rodziny osoby ubezpieczonej. W tym przypadku nie wystarczy sama legitymacja rodzinna czy druk ZUS RMUA osoby ubezpieczonej. Niezbędny jest też dokument zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego (ZUS ZCZA lub ZUS ZCNA), a bardzo często się zdarza się, że pracownicy o tym nie pamiętają lub uważają, że takie ubezpieczenie jest nadawane „automatycznie”.

(Badziej szczegółowy wykaz dokumentów, które mogą być dowodami ubezpieczenia, znajduje się na stronie internetowej Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ – www.nfz-kielce.pl, link: „Jak działa NFZ”, zakładka „Ubezpieczenie zdrowotne”.)

2. Rejestracja

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 i godzinę, 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 (w przypadkach nagłych pacjent powinien być przyjęty poza kolejką), a jeżeli z przyczyn obiektywnych jest on niemożliwy do dotrzymania, świadczeniodawca ma obowiązek zawiadomić o tym pacjenta i wyznaczyć nowy termin wizyty.

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

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

3. Listy oczekujących

Lekarz powinien przyjąć pacjenta w jak najszybszym terminie. Jeżeli jednak nie jest to przypadek nagły, a nie ma możliwości przyjęcia w dniu zgłoszenia, placówka medyczna ma obowiązek umieścić osobę na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, a następnie realizować przyjęcia zgodnie z kolejnością zapisów. Przesunięcie na liście może być spowodowane względami medycznymi, a także przyczynami leżącymi po stronie 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 zakresie:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- leczenia szpitalnego;
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- rehabilitacji leczniczej;
- opieki długoterminowej;
- leczenia stomatologicznego.

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

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

Ważne!

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 musi być natychmiastowe). Od rodzaju kategorii zależy termin przyjęcia. Wpisy na listach oczekujących powinny być prowadzone na bieżąco - nie jest zgodne z prawem wyznaczanie wybranych dni tygodnia bądź miesiąca, do zapisywania się na wizytę lub zabieg operacyjny.

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.

Przykładowo pod koniec 2011 roku maksymalne opłaty wynosiły:

- jedna strona wyciągu lub odpisu – 6,73 zł,
- jedna strona kopii – 0,67 zł,
- wyciąg, odpis lub kopia na nośniku elektronicznym- 6,73 zł.

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, np. dla PZU;
 - 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 świadczeniodawca/zakład opieki zdrowotnej.

II. Informacje o rodzajach świadczeń medycznych

1. Stan nagły, zagrożenie życia

Stanem nagłym nazywamy taki stan, kiedy pomoc medyczna musi być udzielona natychmiast - jej odroczenie może grozić utratą życia lub zdrowia. Dlatego w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie, bez skierowania, także w placówce nie mającej umowy z NFZ.

Ważne!

Jeżeli w stanie nagłym pacjent korzysta z pomocy placówki/lekarza nie mającego umowy z NFZ, nie płaci za wizytę – lekarz rozlicza się bezpośrednio z NFZ. Nie ma natomiast możliwości skorzystania z porady lekarza nie mającego 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!**

W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, należy wezwać karetkę pogotowia ratunkowego. Natomiast w przypadku subiektywnego poczucia zagrożenia zdrowia i życia, szczególnie w razie współistnienia choroby przewlekłej, ubezpieczony ma prawo do świadczeń pomocy doraźnej, udzielanej bez skierowania w szpitalnych izbach przyjęć lub w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Należy jednak pamiętać, że miejsca te służą do ratowania zdrowia i życia, a nie do uzyskiwania pomocy, którą można otrzymać w ciągu dnia, w trybie ambulatoryjnym, u swojego lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty czy nawet w ramach nocnej i świątecznej pomocy medycznej.

Do stanów zagrożenia życia i zdrowia zaliczamy:

- 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 ciepły;
- 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 dotyczą)
- ✓ dokładne miejsce zdarzenia (adres, lokalizacja, punkty orientacyjne)
- ✓ kto wzywa zespół ratowniczy.

2. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

W przypadkach nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia się stanu zdrowia (nie będących stanem zagrożenia życia), które wystąpiły po godzinach zamknięcia przychodni chory może skorzystać z pomocy dyżurującej poradni w ramach tak zwanej nocnej i świątecznej pomocy medycznej.

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.

W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz nocnej i świątecznej pomocy medycznej 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 czasu pracy przychodni.

Nocna i świąteczna pomoc medyczna 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. Zgodnie z przepisami jeden zespół medyczny, a więc jeden lekarz i jedna pielęgniarka przypada na 50 tysięcy mieszkańców. Jeżeli więc dany powiat liczy tych mieszkańców więcej, to dyżurujących lekarzy i pielęgniarek powinno być więcej. 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, który zgłasza się po pomoc nocą czy świąteczną, może iść tam, gdzie jest mu najbliżej czy najwygodniej – nie musi być pacjentem z rejonu (lista punktów i rejonów nocnej pomocy w części B informatora) - 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 medycznej uzna, że chory nie powinien następnego dnia iść do pracy, powinien mu wystawić zwolnienie lekarskie, a nie kierować chorego do przychodni rejonowej.

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 najbliżej 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 zmienić dwa razy w roku kalendarzowym zarówno lekarza, pielęgniarkę, jak i położną POZ – wystarczy, że ponownie wypełni deklarację w nowej placówce i może być już przyjęty tego samego dnia. Za trzecią i każdą kolejną zmianę należy zapłacić 80 zł na konto NFZ - nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca

zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń przez dotychczasowego lekarza (pielęgniarkę/położną) oraz z innych przyczyn niezależnych od woli pacjenta.

Świadczenia POZ wykonywane są w miejscu wykonywania praktyki (przychodni, ośrodka zdrowia) oraz – w uzasadnionych wypadkach - w domu chorego (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 właściwej miejscu zamieszkania (poradnie dyżurujące nie są związane z lekarzem POZ, do którego zadeklarował się pacjent). Dopuszczone jest jednak korzystanie z usług innej dyżurującej poradni (szczegóły w rozdziale „Nocna i świąteczna pomoc medyczna”).

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 przypadku dłuższego pobytu poza miejscem zamieszkania (jak np. studia), lepiej jest zapisać się do poradni w miejscu pobytu. Wówczas tam korzystamy z pomocy lekarza, pielęgniarki czy położnej POZ bez ograniczeń, a w razie powrotu do domu i nagłego zachorowania - w przychodni domowej jako pacjent spoza listy.

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.

Lekarz POZ

Do zadań lekarza POZ należy między innymi:

- kierowanie na badania laboratoryjne - wszystkie badania wykonywane są na zlecenie lekarza. Jeżeli w wyniku udzielonej porady zachodzi konieczność ich wykonania, lekarz wskazuje pacjentowi laboratorium, w którym zostaną one wykonane 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 kierując pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania;

Ważne!

Lekarze POZ otrzymują z NFZ potrójną stawkę za opiekę nad pacjentami cierpiącymi na cukrzycę i na schorzenia kardiologiczne. W ramach tej stawki powinni nie tylko wypisywać recepty, ale monitorować proces leczenia, kierować na badania kontrolne (takie jak EKG, ciśnienie tętnicze krwi, waga, cukier w surowicy krwi, cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy, badanie ogólne moczu, jonogram, próby wątrobowe, kreatynina, mocznik, INR, morfologia – **chorzy kardiologicznie** oraz hemoglobina glikowana, cholesterol całkowity, HDL, LDL, trójglicerydy, badanie ogólne moczu, kreatynina - **chorzy z cukrzycą**), a dopiero w razie komplikacji czy wątpliwości wypisywać skierowanie do diabetologa czy kardiologa. O potrzebie wykonywania tych badań decyduje lekarz, zgodnie ze swoją wiedzą medyczną i oceną stanu zdrowia pacjenta.

- wypisywanie recept według zalecenia lekarza specjalisty - lekarz POZ może wystawić pacjentowi – w celu kontynuacji leczenia - receptę na leki, których stosowanie zalecił lekarz w poradni specjalistycznej, jeżeli otrzyma od niego informację o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym o okresie ich stosowania i dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych;
- kierowanie na zabiegi w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta - w gabinecie zabiegowym wykonywane są zabiegi oraz procedury diagnostyczno-terapeutyczne wynikające z procesu leczenia, pozostające w zakresie zadań i w kompetencjach lekarza POZ związane bezpośrednio udzielaną poradą lekarską i wymagające udziału lekarza. W sytuacji uzasadnionej stanem zdrowia pacjenta, zabiegi mogą być wykonywane także w domu pacjenta. Jeśli jakieś zlecenie ma wykonać pielęgniarka, lekarz wydaje skierowanie do tej pielęgniarki, u której pacjent złożył deklarację wyboru;
- kierowanie na rehabilitację - lekarz POZ może wystawić pacjentowi skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane w poradni rehabilitacyjnej lub w domu pacjenta. Wyjątkiem są skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne związane z leczeniem wad postawy oraz dysfunkcją narządu ruchu, których przyczyną są te wady. W takich przypadkach lekarz POZ wystawia skierowanie do poradni rehabilitacyjnej lub ortopedycznej;

- kierowanie na leczenie uzdrowiskowe - wystawiając skierowanie na leczenie uzdrowiskowe lekarz POZ bierze pod uwagę aktualny stan zdrowia pacjenta, wskazania i ewentualne przeciwwskazania do tego typu leczenia. Skierowanie przesyłane jest (przez lekarza bądź pacjenta) do oddziału NFZ. Do skierowania lekarz dołącza aktualne wyniki podstawowych badań, wykonanych na swoje zlecenie i swój koszt.

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 zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgniarskiej, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, przygotowywanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności;
- świadczenia diagnostyczne - przeprowadzanie wywiadów środowiskowych, wykonywanie badania fizykalnego, pomiarów i ich ocena, ocena stanu ogólnego chorego oraz procesu jego zdrowienia, monitorowanie bólu;
- świadczenia lecznicze - 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 ran, odleżyn, oparzeń, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach i ranach trudno gojących się, wykonywanie inhalacji, zdejmowanie szwów, stawianie baniek, udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- 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. Zazwyczaj skierowanie jest ważne, dopóki istnieją przesłanki na potrzebę

podjęcia leczenia specjalistycznego, nie jest więc określona liczba dni czy tygodni ważności skierowania.

Jeżeli lekarz POZ 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 w tej samej poradni, nawet jeżeli pacjent udaje się na wizytę w kolejnym roku. Nowe skierowanie jest natomiast niezbędne, jeżeli z jakiś względów (zarówno zależnych od chorego, jak i od poradni) chory chce zmienić lekarza czy poradnię specjalistyczną.

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;
- dermatologa;
- wenerologa;
- onkologa;
- okulisty;
- psychiatry;

Nie jest ono również wymagane dla osób:

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

Rodzaje świadczeń specjalistycznych

Kierując pacjenta do specjalisty lekarz POZ lub inny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznanym schorzeniem. Badania diagnostyczne, na które kieruje każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego należy wykonać na podstawie

skierowania od tego lekarza i w miejscu przez niego wskazanym. Wtedy są dla pacjenta bezpłatne. W przypadku wizyty u specjalisty czy leczenia w szpitalu nie ma żadnej rejonizacji, mamy prawo wybrać specjalistę spośród wszystkich mających podpisaną umowę z NFZ, także poza granicami województwa świętokrzyskiego (zasady rejestracji opisano w rozdziale „Rejestracja”). W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może udzielić świadczeń medycznych w domu chorego.

Od połowy roku ubiegłego 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 **porady hospitalizacyjnej** - w ciągu 30 dni od zakończenia pobytu na oddziale chory może się udać po pomoc do tego zespołu lekarzy, który zajmował się nim podczas hospitalizacji, na przykład do poradni przyszpitalnej, jeżeli szpital taką dysponuje.

Lekarz specjalista

Lekarz specjalista w ramach udzielanych porad:

- kieruje na wszystkie badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby, postawienia diagnozy i prowadzenia terapii, wskazując przy tym miejsce ich wykonania. W przypadku tak zwanych badań kosztochłonnych, jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, badania endoskopowe przewodu pokarmowego, PET, chory sam może sobie wybrać pracownię. Jeżeli pacjent jest objęty stałą opieką specjalistyczną, specjalista wystawia także skierowania na badania kontrolne i pokrywa koszty ich wykonania. Specjalista kieruje także na badania profilaktyczne;

Ważne!

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

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

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

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

5. Leczenie szpitalne

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

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). 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 pielęgniarskiej, 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 lekarza specjalisty psychiatrii nie jest potrzebne skierowanie, natomiast skierowanie na planowe leczenie szpitalne (w stanach ostrych skierowanie nie jest potrzebne) jest ważne 14 dni.

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

- **poradni** – chory ma zapewnione wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, świadczenia terapeutyczne, rehabilitacyjne 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, wyroby medyczne i środki pomocnicze, żywienia, 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.

Oprócz wymienionych placówek pacjent przez całą dobę może skorzystać ze świadczeń udzielanych w trybie nagłym przez **izbę przyjęć**. W tym przypadku chory ma zapewnione zabezpieczenie medyczne oraz transport w przypadku konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego.

7. Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna

Pacjent przewlekle chory, który jest osobą niesamodzielną i potrzebuje pomocy w podejmowaniu codziennych czynności, który z powodu swojej choroby potrzebuje ciągłej opieki pielęgniarskiej 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 najciężej chorych, niesamodzielnych, często nie będących w stanie przyjąć posiłku, nie wstających z łóżka, nie panujących nad potrzebami fizjologicznymi przeznaczone są dwie formy pomocy:

- **stacjonarny zakład opieki długoterminowej** (pacjent przebywający w takim zakładzie ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania);
- **opieka długoterminowa sprawowana w domu chorego** przez pielęgniarkę finansowaną w ramach opieki długoterminowej domowej (bezpłatna dla chorego).

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 według tak zwanej **skali Barthel**. Jest to specjalna tabela ze szczegółowymi pytaniami dotyczącymi stopnia samodzielności chorego (np. żywienia, korzystania z toalety, siadania, chodzenia, utrzymania higieny osobistej, kontrolowania potrzeb fizjologicznych). Jeżeli ocena na podstawie tej ankiety wyniesie 40 punktów lub mniej (na maksymalnych 100), oznacza to, że stan pacjenta jest na tyle ciężki, że kwalifikuje go do skorzystania z jednej z dwóch wyżej wymienionych form opieki.

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 nie wymagający leczenia w zakładzie stacjonarnym, ale wymagający systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej realizowanej we współpracy z lekarzem POZ, mogą być zakwalifikowani do tak zwanej pielęgniarskiej opieki długoterminowej.

Ważne!

Pacjent objęty opieką w zakładzie stacjonarnym musi mieć zapewnione przez ten zakład niezbędne leki, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze (na przykład pieluchomajtki), badania diagnostyczne, a w razie konieczności żywienie jelitowe i pozajelitowe. Natomiast pacjentowi objętemu domową opieką długoterminową przedmioty i środki ortopedyczne zapewnia rodzina na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza.

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

Natomiast jeżeli w skali Barthel chory uzyska więcej niż 40 punktów, może zostać objęty 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. Działania podejmowane przez pielęgniarki POZ mają również na celu przygotowanie pacjentów w możliwie najkrótszym czasie do samodzielności w chorobie lub w niepełnosprawności, jak również edukację rodziny i opiekunów w celu zapewnienia pacjentowi pomocy w realizacji czynności życia codziennego.

Ważne!

Pomoc pielęgniarska polega na wykonywaniu medycznych zabiegów pielęgniarskich, takich jak na przykład zmiana opatrunku, zabezpieczenie przed odleżynami czy pomoc w ich opatrywaniu, podawaniu zastrzyków, kroplówek, itp. 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.

Ponadto rodzina pacjenta lub jego opiekun ma obowiązek zapewnić środki higieniczne i opatrunkowe, leki oraz inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza.

Opieka paliatywna i hospicyjna

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Ten rodzaj świadczeń ma na celu poprawę jakości życia chorego, obejmują przede wszystkim zwalczanie bólu i leczenie objawowe innych dolegliwości,

pielęgnającą 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, a wizyty pielęgniarские nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu);
- 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 nie poruszających się samodzielnie i nie mających możliwości dotarcia do zakładu rehabilitacyjnego. Skierowanie może

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

Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym

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

Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych

Jest skierowana do chorych, którzy ze względu na stan zdrowia i kontynuację leczenia wymagają nie tylko kompleksowych czynności rehabilitacyjnych, ale także całodobowej opieki pielęgniarskiej i nadzoru lekarskiego. Skierowania wystawiane są przez specjalistów (do skierowania powinna być dołączona aktualna dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie i stan zdrowia), a czas trwania zależy od decyzji lekarza prowadzącego na oddziale, najczęściej jest to od 3 do 6 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 - między innymi przy wykorzystaniu naturalnych zasobów leczniczych.

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia pacjenta, brak lub istniejące przeciwwskazania oraz wpływ leczenia uzdrowiskowego na stan zdrowia chorego. Na skierowaniu lekarz wpisuje wyniki badań: morfologię, OB, mocz, EKG, Rtg klatki piersiowej (**badania wykonywane są na koszt placówki, z której pochodzi skierowanie**), a w przypadku dzieci - morfologię, mocz, kał na jaja pasożytów. Lekarz lub sam pacjent przesyła (lub przynosi osobiście) skierowanie w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem „skierowanie na leczenie uzdrowiskowe” do oddziału wojewódzkiego NFZ.

Ocenę celowości skierowania przeprowadza lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej oddziału wojewódzkiego Funduszu, wskazując rodzaj i miejsce leczenia uzdrowiskowego. Jeżeli stwierdzi przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia uzdrowiskowego, nie

potwierdza skierowania. Zwracane jest ono lekarzowi, który je wystawił, a pisemna informacja przekazywana jest pacjentowi. Decyzja jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie. Jeżeli natomiast lekarz specjalista potwierdzi zasadność leczenia sanatoryjnego, skierowanie zostaje zarejestrowane w Funduszu i pacjent trafia na listę osób oczekujących na wyjazd.

Okres ważności skierowania na leczenie uzdrowiskowe wynosi 18 miesięcy **od daty wystawienia skierowania, a nie złożenia go do oddziału NFZ**. Skierowanie po utracie ważności jest - w celu weryfikacji - odsyłane jest do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który to skierowanie wystawił (lekarz ma na to 30 dni), a pacjent powiadamiany jest pisemnie o utracie jego ważności. Lekarzowi oceniającemu skierowanie przysługuje także prawo dokonania zmiany kwalifikacji skierowania. Jeżeli weryfikacja dokonana przez lekarza jest pozytywna, pacjent nie traci swojego miejsca oczekiwania na liście.

Ważne!

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

Istnieją następujące formy leczenia uzdrowskiego:

- w szpitalu uzdrowskiego dla dorosłych: 21-dniowe, bezpłatne, w ramach zwolnienia lekarskiego;
- w szpitalu uzdrowskiego dla dorosłych w formie rehabilitacji uzdrowskiej: 28-dniowe, bezpłatne, w ramach zwolnienia lekarskiego;
- w sanatorium uzdrowskiego dla dorosłych: 21-dniowe, w ramach urlopu wypoczynkowego, z częściową odpłatnością pacjenta za wyżywienie i zakwaterowanie;
- w szpitalu uzdrowskiego dla dzieci (3-18 r. ż.): 27-dniowe, bezpłatne;
- w sanatorium uzdrowskiego 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 uzdrowskiego, a opiekun czynny zawodowo wyjeżdża w ramach urlopu wypoczynkowego lub bezpłatnie;
- leczenie ambulatoryjne: 6-18 osobodni, NFZ płaci za zabiegi, natomiast pacjent sam organizuje sobie nocleg i wyżywienie.

Osoba skierowana na leczenie uzdrowskie ponosi następujące opłaty:

- koszty przejazdu na leczenie uzdrowskie i z leczenia uzdrowskiego;
- koszty częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach uzdrowskich (nie dotyczy szpitali uzdrowskich);
- 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 otrzymanego skierowania pacjent powinien je bezzwłocznie zwrócić do oddziału Funduszu. Każda rezygnacja z przyznanego leczenia uzdrowskiego powinna być uzasadniona i udokumentowana pisemnie. Oddział Funduszu uznaje rezygnację i zwrot skierowania z leczenia uzdrowskiego za zasadny wyłącznie w szczególnych przypadkach, takich jak: wypadek losowy, pobyt w szpitalu czy choroba pacjenta (potwierdzone odpowiednim dokumentem). Jeżeli rezygnacja zostaje uznana, oddział Funduszu wyznacza nowy termin realizacji skierowania bez „wypadania” pacjenta z kolejki. Natomiast zwrot skierowania z takich powodów, jak na przykład: pacjentowi nie pasuje termin, okres grzewczy, opieka nad zwierzęciem

domowym, Święta, zbyt krótki dzień, zła pogoda, zbyt mało towarzysko atrakcyjna miejscowość, zły dojazd, traktowany jest jak rezygnacja nieuzasadniona.

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

Przyjęcia osób ubezpieczonych - dni robocze w godzinach 8:00-14:30. Informacja telefoniczna (w godzinach 8:00-12:00): 41 36 46 241 (242, 251).

Wniosek sanatoryjny można także złożyć w punkcie obsługi świadczeniobiorców Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Sandomierzu, ul. Mickiewicza 34, godziny otwarcia - w dni robocze w godz. 7:30 – 15:30, tel. 0 663 43 15 71.

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 I „Rejestracja”).

Ważne!

- ✓ pacjent zgłaszający się z bólem otrzymuje pomoc w dniu zgłoszenia;
- ✓ pacjent ma prawo wyboru dowolnej placówki lub lekarza stomatologa spośród udzielających świadczeń na podstawie umowy z NFZ na terenie całego kraju;
- ✓ nie ma możliwości 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 okresie 12 miesięcy;
- badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy;

- znieczulenie (tylko w powiązaniu ze świadczeniami gwarantowanymi);
- leczenie próchnicy - opatrunek leczniczy w zębie stałym, wypełnienie ubytku zęba;
- leczenie kanałowe zębów siecznych i kłów (zęby przednie górne i dolne od trójki do trójki);
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej;
- wypełnienie chemoutwardzalne białe do uzupełnienia ubytków w zębach siecznych i kłach (zęby przednie górne i dolne od trójki do trójki), a w pozostałych - amalgamat srebra lub cement gładjonomerowy;
- usunięcie złogów nazębnych (tzw.kamień) raz na 12 miesięcy;
- usunięcie zęba oraz niektóre zabiegi chirurgiczne (zgodnie z wykazem określonym przez Ministra Zdrowia);
- 2 zdjęcia rentgenowskie wewnątrzustne w okresie 12 miesięcy (tylko w powiązaniu ze świadczeniami gwarantowanymi);
- leczenie protetyczne z zastosowaniem ruchomych, częściowych i całkowitych protez - 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 lat;
- 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;

Dziecku do ukończenia 12 roku życia przysługuje leczenie aparatem ortodontycznym do zdejmowania jedno- i dwuszczękowym. 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 dotatkowo do profilaktycznych świadczeń stomatologicznych, w tym do:

- oceny stanu uzębienia;
- kontroli higieny jamy ustnej;
- profilaktyki profesjonalnej próchnicy, w tym profilaktyki fluorkowej przy braku przeciwwskazań;
- oceny stanu morfologicznego i funkcji żucia;
- wykrywania nieprawidłowości zgryzu i kwalifikacji do szczególnej opieki stomatologicznej;
- profilaktyki ortodontycznej 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 dotatkowo do:

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

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

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

jeżeli wynika to ze wskazań medycznych.

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

11. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Narodowy Fundusz Zdrowia częściowo refunduje pacjentom zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. By otrzymać taką refundację, konieczne jest „zlecenie na zaopatrzenie w wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym” wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Istnieją dwa rodzaje zleceń:

- **comiesięczne** (np. pieluchomajtki, sprzęt stomijny, cewniki, worki do zbiórki moczu);
- **niecykliczne** na pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (np. wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, materace przeciwodleżynowe).

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

Ważne!

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

Jeżeli chory przebywa w zamkniętym zakładzie leczniczym (np. szpitalu, zakładzie opieki leczniczej) przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ma obowiązek zapewnić mu placówka medyczna, a nie rodzina.

Osoby, które już korzystały z zaopatrzenia comiesięcznego w środki pomocnicze, jak na przykład w pieluchomajtki, w momencie, kiedy skończyła się (zapełniła się) im się

stara karta, powinny ją oddać do Funduszu i przedłożyć do potwierdzenia przez pracownika NFZ kolejne zlecenie na zaopatrzenie w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie (część A). Wówczas pacjent otrzyma nową kartę na kolejne 12 miesięcy.

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze są refundowane przez NFZ do wysokości limitu określonego w przepisach Ministerstwa Zdrowia. Jeśli cena wybranego przez pacjenta przedmiotu jest wyższa niż cena określona limitem, oddział wojewódzki NFZ pokrywa koszt przedmiotu jedynie do wysokości limitu, a różnicę pomiędzy ceną brutto, a kwotą refundacji dopłaca pacjent. Wysokość tej dopłaty zależy od rodzaju wyrobu medycznego, jego ceny oraz wysokości limitu. Na przykład: chory wybiera aparat słuchowy w cenie 2 tysięcy złotych. Natomiast limit na aparaty wynosi 800 złotych, w związku z tym różnicę pomiędzy kwotami - 1200 złotych chory musi pokryć z własnej kieszeni.

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

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

- inwalidom wojennym i wojskowym;
- cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych;
- osobom represjonowanym;
- uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
- weteranom poszkodowanym w działaniach poza granicami państwa (szczegóły – rozdział “Prawa pacjenta” - Szczególne uprawnienia weteranów działań poza granicami państwa).

Przy potwierdzaniu zlecenia niezbędne są dokumenty uprawniające do zniżki np. legitymacja inwalidy wojennego lub osoby represjonowanej.

Dział ds. Środków Pomocniczych i Przedmiotów Ortopedycznych

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

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

12. 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 ciągłości 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 zatruc;
- 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 zleczone świadczenie. Jeżeli pacjent wybiera inną placówkę, musi dopłacić różnicę wynikającą z kosztów odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym, a docelowym.

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

Transport w POZ

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

Pacjentowi przysługuje transport POZ w przypadku:

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

Dotyczy to jednak wyłącznie pierwszorazowej wizyty - w przypadku kontynuacji leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a więc w przypadku kolejnej wizyty w tej samej poradni specjalistycznej, transport jest już realizowany nie przez POZ, ale

przez tę poradnię specjalistyczną. Świadczenie obejmuje przejazd z miejsca zamieszkania pacjenta do placówki medycznej i z powrotem - zasady odpłatności takie jak wyżej.

Odrębną kategorią jest tak zwany **transport daleki w POZ**. Dotyczy sytuacji, kiedy:

- pacjent musi skorzystać z konkretnej poradni specjalistycznej lub z wysokospecjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych realizowanych przez placówkę oddaloną od miejsca zamieszkania więcej niż 120 kilometrów („tam i 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.

13. Recepty i leki

Pacjent ma prawo - na podstawie recepty (jej wzór określa rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia) - do zakupu leków i wyrobów medycznych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Receptę może wystawić każdy lekarz, lekarz dentysta, felczer będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz, lekarz dentysta posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu, z którym NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawienia recept podlegających refundacji.

Refundacji podlegają leki, środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne określone w Obwieszczeniach publikowanych przez Ministra Zdrowia na podstawie art.37 ustawy o refundacji. Leki refundowane ujęte w Obwieszczeniu mają wyznaczone następujące stopnie odpłatności:

- Leki wydawane bezpłatnie – do limitu finansowania.
- Leki wydawane za odpłatnością ryczałtową i leki wydawane za odpłatnością 30% limitu finansowania.

- Leki wydawane za odpłatnością 50 procent limitu finansowania.

Ważne!

Błędnie lub niekompletnie wypisana recepta spowoduje odesłanie pacjenta do lekarza ewentualnie konieczność zakupu leków na 100 procent.

Istnieją też dodatkowe uprawnienia przysługujące określonym grupom pacjentów:

- **IB (Inwalida Wojenny)** - inwalidom wojennym, osobom represjonowanym, ich współmałżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu, wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych, cywilnym, niewidomym ofiarom działań wojennych.
- **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 oraz leki, które mogą stosować w związku z oddawaniem krwi, szpiku lub innych narządów.
- **PO** - osobom wykonującym obowiązek obrony - bezpłatnie i bez dopłaty do limitu 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.

Uwaga! Od 30 marca 2012 roku pewne uprawnienia uzyskują także weterani poszkodowani podczas działań poza granicami państwa. Szczegóły – rozdział “Prawa pacjenta” - **Szczególne uprawnienia weteranów działań poza granicami państwa.**

Termin realizacji recepty:

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

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. Wydanie pacjentowi tej informacji nie jest odrębnym świadczeniem, stąd też nie może być przyczyną wydania skierowania do poradni AOS i w żadnym razie nie może być objęte systemem kolejek oczekujących, ani wpływać na ich wydłużenie. **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.

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 są ogromne szanse na jej szybkie wyleczenie.

W 2012 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 specjalistę.
- 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 specjalistę.
- Program profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK) 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: bezrobotny, niepełnosprawny, obciążony długotrwałą chorobą, obciążony problemem alkoholowym i/lub narkomanią, bezdomny.
- Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) to program adresowany do osób powyżej 18 r.ż. palących papierosa, 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.

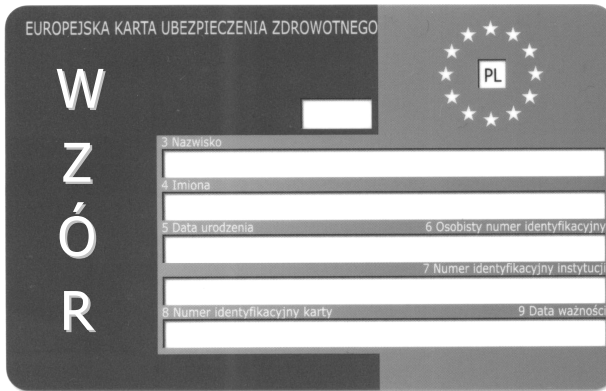
- Program badań prenatalnych adresowany jest do kobiet ciężarnych, spełniających co najmniej jedno z następujących kryteriów: wiek powyżej 35 lat, wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka, stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub 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.

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

Ważne!

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

EKUZ zapewnia nam pomoc medyczną prawie wyłącznie w stanach nagłego zachorowania i zagrożenia życia - nie jest dokumentem, na podstawie którego za granicą możemy wykonać na przykład operację planową czy wykonać sobie badania. EKUZ nie

jest też dokumentem potwierdzającym prawo do bezpłatnej opieki medycznej w Polsce – tą kartą nie możemy się posługiwać udając się do przychodni czy szpitala na terenie naszego kraju.

Jak wyrobić sobie EKUZ?

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

Termin ważności EKUZ

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 nie wymienionych wcześniej osób ubezpieczonych;

Karta może być wydana także **osobom nie posiadającym 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 zawansowania 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 połogu, posiadających obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

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

Jeżeli jesteśmy osobami mającymi prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i musieliśmy skorzystać z pomocy medycznej państw członkowskich, a nie posiadaliśmy EKUZ, musimy się liczyć z 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.

Leczenie planowe w krajach unijnych

Dysponując kartą EKUZ w niektórych sytuacjach (głównie w chorobach przewlekłych) możemy w krajach unijnych skorzystać także z leczenia planowego. Dotyczy to na przykład hemodializy, chemioterapii, tlenoterapii. NFZ zapłaci za to leczenie, nie mniej jednak to pacjent musi sam uzgodnić z zagraniczną placówką termin i miejsce leczenia - inaczej może się zdarzyć, że szpital nie dysponuje akurat wolnymi miejscami lub z innych przyczyn odmówi przyjęcia.

W pozostałych przypadkach na leczenie w krajach unijnych musi wyrazić zgodę prezes NFZ (wcześniej wniosek o takie leczenie opiniuje konsultant krajowy w danej dziedzinie medycyny, potwierdzając, że dany zabieg czy dana terapia nie może być wykonana w Polsce).

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

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

V. Prawa pacjenta

Każdy ma prawo do ochrony zdrowia i do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pacjent zgłaszający się do zakładu opieki zdrowotnej 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 nie mający 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 te placówki;
- 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 określonemu 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 placówkach medycznych 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 pielęgniacyjnej 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 1997 r. (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 ustawy o: ochronie zdrowia psychicznego, pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, o zawodach lekarza i lekarza dentystry, o zawodach pielęgniarki i położnej.

UWAGA NOWOŚĆ !

Uprawnienia weteranów działań poza granicami państwa

30 marca 2012 roku weszły w życie przepisy ustawy o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. 2011.205.1203), w której został określony status i uprawnienia **weteranów działań poza granicami państwa** oraz **weteranów poszkodowanych w działaniach poza granicami państwa**.

Weteranem działań poza granicami państwa może być osoba, która brała udział, na podstawie skierowania, w działaniach poza granicami państwa w ramach:

- misji pokojowej lub stabilizacyjnej, kontyngentu policyjnego, kontyngentu Straży Granicznej, zadań ochronnych Biura Ochrony Rządu lub zapewniania bezpieczeństwa państwa nieprzerwanie przez okres, na jaki została skierowana, jednak nie krócej niż przez okres 60 dni;
- grupy ratowniczej Państwowej Straży Pożarnej, łącznie przez okres nie krótszy niż 60 dni.

Weteranem poszkodowanym w działaniach poza granicami państwa może być osoba, która biorąc udział na podstawie skierowania w działaniach poza granicami państwa, doznała uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku pozostającego w związku z tymi działaniami lub choroby nabytej podczas wykonywania zadań lub obowiązków służbowych poza granicami państwa, z tytułu których przyznano jej świadczenia odszkodowawcze.

Status **weterana działań poza granicami państwa** oraz **weterana poszkodowanego w działaniach poza granicami państwa** przyznaje, na wniosek żołnierza, funkcjonariusza lub funkcjonariusza ABW, w drodze decyzji administracyjnej:

- Minister Obrony Narodowej - w odniesieniu do żołnierzy,
- minister właściwy do spraw wewnętrznych - w odniesieniu do funkcjonariuszy,
- Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego - w odniesieniu do funkcjonariuszy ABW.

Dokumentem potwierdzającym status **weterana działań poza granicami państwa** oraz **weterana poszkodowanego w działaniach poza granicami państwa** jest odpowiednio legitymacja weterana lub legitymacja weterana poszkodowanego.

Ważniejsze uprawnienia

Bezpłatna pomoc psychologiczna udzielana poza kolejnością

- **Weteran-żołnierz** lub **weteran poszkodowany-żołnierz** oraz **najbliżsi członkowie jego rodziny** mają prawo poza kolejnością do bezpłatnej pomocy psychologicznej udzielanej przez psychologów w jednostkach wojskowych oraz przez wojskowe pracownie psychologiczne, a także udzielanej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, jeżeli problemy zdrowotne żołnierza są związane z działaniami poza granicami państwa;
- **Weteran-funkcjonariusz** lub **weteran poszkodowany-funkcjonariusz** oraz **najbliżsi członkowie jego rodziny** mają prawo poza kolejnością do bezpłatnej pomocy psychologicznej udzielanej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, jeżeli problemy zdrowotne funkcjonariusza są związane z działaniami poza granicami państwa;
- **Weteran-funkcjonariusz ABW** lub **weteran poszkodowany-funkcjonariusz ABW** oraz **najbliżsi członkowie jego rodziny** mają prawo poza kolejnością do 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.

Korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością

- **Weteran poszkodowany** korzysta 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;
- **Weteran poszkodowany** korzysta 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).

Bezpłatne zaopatrzenie w leki

Weteranowi poszkodowanemu przysługuje bezpłatne zaopatrzenie 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.

Bezpłatne zaopatrzenie w wyroby medyczne

- **Weteranowi poszkodowanemu** 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.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane bez skierowania

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

VI. 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. **9⁰⁰ - 21⁰⁰**

połączenia z tel. komórkowych (płatne wg stawek operatora):

22 833 08 85, 22 635 59 96

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Al. Zjednoczenia 25

01-829 Warszawa

Sekretariat:

tel. **22 532 82 50**

fax. **22 532 82 30**

Przyjęcia interesantów w Biurze:

Poniedziałek - piątek w godzinach od **9⁰⁰** do **15⁰⁰**.

- **Rzecznika Praw Obywatelskich** – Al. Solidarności 77, 00 - 090 Warszawa, tel. 22 55 17 700, fax. 22 827 64 53, e-mail: biurorzecznika@brpo.gov.pl

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 **8⁰⁰ - 16⁰⁰**.
- **Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia** – Wydział Skarg i Wniosków - Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa,

tel. **22 572 60 21, 22 572 61 95, 22 572 61-55, 22 572 62 44**, e-mail:
infolinia@nfz.gov.pl, Infolinia - 0 800 392 976.

W sprawach dotyczących procesu diagnostycznego, leczenia, błędów 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 **Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych - Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych**, 25-619 Kielce, ul. Młoda 28, **41 346 22 83**, e-mail: sipip@interia.pl.

Ważne !

Zgodnie z nowelizacją ustawy o prawach pacjenta od 1 stycznia 2012 o zdarzeniach 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.

VII. Przydatne adresy i telefony

Ogólny numer alarmowy	112
Pogotowie Ratunkowe	999
Policja	997
Straż Pożarna	998
Straż Miejska	986
Pogotowie Energetyczne	991
Pogotowie Gazownicze	992
Pogotowie wodno-kanalizacyjne	994
Pogotowie Ciepłownicze	993

INSTYTUCJE, STOWARZYSZENIA I ORGANIZACJE CENTRALNE

Rzecznik Praw Pacjenta (www.bpp.gov.pl) - adres biura: Al. Zjednoczenia 25, 01-829 Warszawa, tel. 22 532 82 50, fax. 22 532 82 30, ogólnopolska bezpłatna infolinia (pn. - pt. w godz. 9⁰⁰ - 21⁰⁰): 800 190 590, połączenia z tel. komórkowych (płatne wg stawek operatora): 22 833 08 85, 22 635 59 96

Rzecznik Praw Dziecka - (www.brpd.gov.pl) - adres biura (czynne pn. - pt. w godz. 8¹⁵ - 16¹⁵): ul. Przemysłowa 30/32, 00-450 Warszawa, tel. 22 583 66 00, fax. 22 583 66 96, e-mail: rpd@brpd.gov.pl

Rzecznik Praw Obywatelskich - (www.rpo.gov.pl) - Al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa, tel. 22 551 77 00, fax. 22 827 64 53, e-mail: biurorzecznika@brpo.gov.pl

Rzecznik Ubezpieczonych - (www.rzu.gov.pl) - Al. Jerozolimskie 44, 00-024 Warszawa, tel. 22 333 73 26, 22 333 73 27, fax. 22 333 73 29

Narodowy Fundusz Zdrowia - (www.nfz.gov.pl) - ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa, tel. 22 572 60 00, fax. 22 572 63 33

Ministerstwo Zdrowia - (www.mz.gov.pl) - ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, tel. 22 634 96 00, email: kancelaria@mz.gov.pl lub kancelaria-mz@mz.gov.pl

Główny Inspektorat Sanitarny - (www.gis.gov.pl) - ul. Targowa 65, 03-729 Warszawa, tel. 22 536 13 00, fax. 22 635 61 94, e-mail: inspektorat@gis.gov.pl

Główny Inspektorat Farmaceutyczny - (www.gif.gov.pl) - ul. Długa 38/40, 00-238 Warszawa, tel. 22 831 42 81, fax. 22 831 02 44, e-mail: gif@gif.gov.pl

Kancelaria Prezesa Rady Ministrów - (www.mz.gov.pl) - Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa, tel.: 22 694 60 00, fax. 22 625 26 37, e-mail: kontakt@kprm.gov.pl

Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej - (www.prezydent.pl) - ul. Wiejska 10, 00-902 Warszawa, telefon informacyjny o wewnętrznych numerach telefonów w Kancelarii: 22 695 29 00, fax. 22 695 22 38

Kancelaria Sejmu RP - (www.sejm.gov.pl) - ul. Wiejska 4/6/8, 00-902 Warszawa, tel. 22 621 89 97, 22 529 25 14, fax. 22 621 89 42

Kancelaria Senatu (www.senat.gov.pl) - ul. Wiejska 6, 00-902 Warszawa, informacja publiczna dotycząca Senatu, jego organów i Kancelarii Senatu - tel. 22 694 95 12 fax. 22 694-93-06, e-mail: senat@nw.senat.gov.pl

Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych - (www.niepelnosprawni.gov.pl) - ul. Nowogrodzka 11, 00- 513 Warszawa (adres korespondencyjny - ul. Nowogrodzka 1/3/5), tel. 22 529 06 00 lub 22 529 06 01

Urząd Kombatantów i Osób Represjonowanych - (www.udskior.gov.pl) - ul. Wspólna 2/4 00-926 Warszawa, tel. 22 661 81 29; 22 661 87 06, fax. 22 661 90 73, e-mail: info@udskior.gov.pl

Naczelna Izba Lekarska - (www.nil.org.pl) - ul. J. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, tel. 22 559 13 00, fax. 22 559 13 23, e-mail: sekretariat@hipokrates.org

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych - (www.izbapiel.org.pl) - ul. Pory 78, 02-757 Warszawa, tel. 22 327 61 61, fax. 22 327 61 60, e-mail: izba@izbapiel.org.pl

Naczelna Izba Aptekarska - (www.nia.org.pl) - ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel. 22 635 92 85, 22 635 06 70, adres e-mail: nia@nia.org.pl

WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE

Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ - (www.nfz-kielce.pl) - ul. Jana Pawła II 9, 25-025 Kielce, tel. 41 36 46 100, fax. 41 343 04 90

Wydział Centrum Zdrowia Publicznego w Kielcach - (www.wczp.kielce.uw.gov.pl) - Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, tel. 41 342 10 35, fax. 41 342 17 66

Świętokrzyska Izba Lekarska - (www.nil.org.pl/xml/oil/oil56) - ul. Wojska Polskiego 52, 25-389 Kielce, tel. 41 362 13 81, fax 41 362 15 00, e-mail: sekretariat@sil.apsnet.

Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych - (www.sipip.kielce.pl) - ul. Młoda 28, 25-619 Kielce, tel./ fax 41 346 22 83, adres e-mail: sipip@interia.pl

Kielecka Okręgowa Izba Aptekarska - (www.koia.kielce.pl) - ul. Stefana Okrzei 26/1, 25-525 Kielce, tel. 41 366 17 73

Wojewódzka Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna w Kielcach - (www.wsse-kielce.pl) - ul. Jagiellońska 68, 25-734 Kielce, tel. 41 365 54 00, fax. 41 345 18 73

Świętokrzyskie Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego - (<http://scrmits.pl>) - ul. św. Leonarda 10, 25-311 Kielce, tel. 41 344 53 71

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

Aktualny wykaz placówek medycznych dostępnych
jest na stronie internetowej oddziału:

www.nfz-kielce.pl