

ABC opieki zdrowotnej

**Informator Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia**



**Lublin
Styczeń 2005**

WYDAWNICTWO BEZPŁATNE

ABC opieki zdrowotnej

Wydawca:

Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
20-124 Lublin, ul. Szkolna 16
tel. (081) 5310500
fax. (081) 5310528
e-mail: info@nfz-lublin.pl
<http://www.nfz-lublin.pl>

Zespół redakcyjny:
Krystyna Domańska
Anna Józefczuk-Majewska
Elżbieta Kozłowska
Katarzyna Słyż-Kjuregjan
Barbara Ziemichód

Projekt okładki: Marzena Kurpiel
Skład/ łamanie: Jerzy Wiśniewski
Druk: Drukarnia „Multidruk”, Lublin, ul. Unicka 4

ISBN: 83-918981-2-1

Copyright by Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Lublin 2005
Wszelkie prawa zastrzeżone.

SPIS TREŚCI

I. INFORMACJE OGÓLNE.....	4
1. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ	4
2. DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	5
3. DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ..7	
4. PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ PO WYGAŚNIĘCIU OBOWIĄZKU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO.....	8
5. ZMIANA MIEJSCA ZAMIESZKANIA A PRZYNALEŻNOŚĆ DO ODDZIAŁU NFZ	9
II. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ	10
1. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA (POZ).....	10
Opieka lekarska	10
Opieka pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej	12
Opieka położnej środowiskowej/rodzinnej	13
Opieka pielęgniarki szkolnej	15
Student/ uczeń	16
Nocna i świąteczna opieka medyczna	16
Transport sanitarny w POZ	17
2. LECZENIE SPECJALISTYCZNE	18
3. REHABILITACJA	20
4. LECZENIE STOMATOLOGICZNE	25
5. LECZENIE SZPITALNE	27
6. LECZENIE UZDROWISKOWE.....	28
7. OPIEKA NAD CHORYM PRZEWLEKLE.....	31
8. PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE	36
9. RATOWNICTWO MEDYCZNE I TRANSPORT SANITARNY	38
10. ŚWIADCZENIA NIEFINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH.....	40
III. INFORMACJE DODATKOWE.....	41
1. NAGŁE ZACHOROWANIA	41
2. KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH	41
3. LEKI I ICH REFUNDACJA	42
4. DOKUMENTACJA MEDYCZNA.....	44
5. ZDROWIE W UNII EUROPEJSKIEJ.....	46
6. SKŁADANIE SKARG I WNIOSKÓW.....	47
7. KARTA PRAW PACJENTA	49
IV. WAŻNE TELEFONY/ ADRESY	55

I. INFORMACJE OGÓLNE

1. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje m.in.:

- osobom objętym powszechnym obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, czyli zatrudnionym, prowadzącym działalność gospodarczą, emerytom, rencistom, rolnikom ubezpieczonym w KRUS itp.;
- osobom objętym dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;
- członkom rodzin wyżej wymienionych grup, którzy nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia;
- osobom innym, niż ubezpieczonym, posiadającym obywatelstwo polskie i posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium RP, korzystającym z opieki pomocy społecznej ¹;
- osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji tj. zamieszkującym lub przebywającym na terenie Polski, a podlegającym ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie członkowskim UE.

Członek rodziny to:

- dziecko:
 - własne,
 - małżonka,
 - przysposobione,
 - obce, dla którego ustanowiono opiekę,
 - obce w ramach rodziny zastępczej,
 - wnuk,
do ukończenia przez nie 18 lat, a jeśli uczy się dalej – do ukończenia 26 lat; jeśli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku;
- małżonek;

¹ dotyczy osób korzystających z opieki pomocy społecznej, spełniających kryteria dochodowe, o których mowa w art. 8 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 ze zm.)

- krewny wstępny (np. ojciec, matka, dziadek, babcia) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym, czyli posiadający zameldowanie na pobyt stały pod tym samym adresem.

Osoba:

- podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego,
- ubezpieczająca się w Funduszu dobrowolnie (nie dotyczy cudzoziemców: studentów, uczestników studiów doktoranckich oraz absolwentów odbywających staż w Polsce),

ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia członków rodziny, którzy wówczas mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

2. DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Brak ubezpieczenia zdrowotnego może stać się powodem ponoszenia wysokich kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w razie choroby lub konieczności uzyskania natychmiastowej pomocy lekarskiej.

Osoby nie posiadające żadnego tytułu do ubezpieczenia mają możliwość zawarcia umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne.

Do grupy tych osób można zaliczyć:

- osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Polski nie podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz nie podlegające ubezpieczeniu z tytułu członka rodziny;
- osoby posiadające obywatelstwo państw członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego i zamieszkujące na terytorium Polski nie podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu;
- cudzoziemców przebywających na terytorium RP na podstawie: wizy uprawniającej do podjęcia pracy, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zgody na pobyt tolerowany lub posiadających status uchodźcy nadany w Polsce;
- cudzoziemców – studentów i uczestników studiów doktoranckich studiujących w Polsce oraz absolwentów, którzy odbywają w Polsce obowiązkowy staż i nie posiadających obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego;
- cudzoziemców – członków zakonów oraz alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulików, nowicjuszy i juniorystów zakonów i ich odpowiedników - nie posiadających obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, przebywających na terytorium Polski na podstawie wizy,

zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony;

- osoby odbywające staż adaptacyjny;
- osoby odbywające kurs języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim nie posiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego;
- wolontariuszy zgłoszonych przez korzystającego² do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie są oni objęci ubezpieczeniem z innego tytułu;

W celu zawarcia umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, osoba spełniająca warunki do jej podpisania musi zgłosić się do Oddziału Funduszu właściwego dla miejsca zamieszkania. W Oddziale wypełnia „wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia”, do którego załącza dokument wskazujący na ostatni miesiąc, w którym podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz przedstawia dowód tożsamości. W ciągu 7 dni od podpisania umowy zgłasza się do ZUS w celu dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Ubezpieczający się dobrowolnie po 1 stycznia 2005 roku, posiadający przerwę w ubezpieczeniu zdrowotnym powyżej 3 miesięcy, jest zobligowany do uiszczenia jednorazowej opłaty za okres nieskładkowy. Jej wysokość jest uzależniona od długości okresu, w którym osoba nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

W uzasadnionej sytuacji, na wniosek zainteresowanego, Fundusz może odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na raty miesięczne (maksymalnie na 12 rat).

Z dniem określonym w umowie ubezpieczony oraz członkowie rodziny zgłoszeni przez niego do ubezpieczenia uzyskują prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Podstawą korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej jest comiesięczne opłacanie należnej składki zdrowotnej, zgodnie z zapisami umowy dobrowolnego ubezpieczenia.

Wzory druków (wnioski o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem, umowa) znajdują się na stronie internetowej Lubelskiego OW NFZ: www.nfz-lublin.pl w dziale „Dla Świadczeniobiorców/ Pacjentów”.

² korzystający – jest to organizacja, podmiot, organ administracji publicznej oraz jednostka organizacyjna o których mowa w art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873)

3. DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Aby potwierdzić swoje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego pacjent powinien przedstawić Świadczeniodawcy dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Do czasu wydania ubezpieczonemu Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego **dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne jest:**

- dla osoby zatrudnionej na umowę o pracę:
 - raport miesięczny ZUS RMUA wydany przez pracodawcę,
 - aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
 - legitymacja ubezpieczeniowa z aktualną datą i pieczęcią pracodawcy;
- dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:
 - aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- dla osoby ubezpieczonej w KRUS:
 - zaświadczenie lub legitymacja wydane przez KRUS wraz z dowodem wpłaty składki zdrowotnej za ostatni kwartał;
- dla emerytów i rencistów:
 - legitymacja emeryta lub rencisty oraz aktualny odcinek emerytury lub renty;
- dla osoby zarejestrowanej jako bezrobotna:
 - aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy;
- dla osoby dobrowolnie ubezpieczonej:
 - umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej;
- dla członka rodziny ubezpieczonego:
 - dowód opłacenia składki przez głównego płatnika oraz zgłoszenia do ubezpieczenia członka rodziny (np. druki: ZUS RMUA + ZUS ZCZA lub ZUS ZCNA),
 - legitymacja rodzinna z aktualną datą i pieczęcią zakładu pracy,
 - aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę,
 - legitymacja emeryta/ rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu wraz z aktualnym odcinkiem wypłaty świadczenia;
- dla osoby korzystającej z pomocy opieki społecznej spełniającej kryteria dochodowe, o których mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej:

- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy;
- dla osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji:
 - poświadczenie wydane przez NFZ (przypadku zamieszkiwania na terenie RP),
 - formularz E-111,
 - certyfikat,
 - karta EKUZ.

Brak dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia lub obciążenia pacjenta kosztami leczenia w stanie nagłym – dokument ten może zostać przedstawiony w innym czasie:

- nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia – jeśli pacjent przebywa w szpitalu, lub
- w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej.

Niedostarczenie dokumentu w wyżej wymienionych terminach skutkuje obciążeniem pacjenta kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

4. PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ PO WYGAŚNIĘCIU OBOWIĄZKU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, np.:

- w przypadku byłych zatrudnionych:
 - 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu umowy o pracę;
- w przypadku osób zatrudnionych, korzystających z urlopu bezpłatnego:
 - 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
- w przypadku osób bezrobotnych:
 - 30 dni od dnia wyrejestrowania z urzędu pracy.

Od powyższej zasady istnieją wyjątki. W przypadku osoby:

- ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty:
 - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń;

- pobierającej zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym:
 - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku;
- która ukończyła szkołę średnią/ wyższą lub została skreślona z listy uczniów/ studentów:
 - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 4 miesiące od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów/studentów;
- której zawieszono prawa do renty socjalnej³:
 - 90 dni od ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

5. ZMIANA MIEJSCA ZAMIESZKANIA A PRZYNALEŻNOŚĆ DO ODDZIAŁU NFZ

Czasowa zmiana miejsca pobytu nie pociąga za sobą konieczności zmiany Oddziału Funduszu.

Przykład 1.

Ubezpieczony posiadający stały meldunek w województwie lubelskim, a przemieszczający się po terytorium RP w celu wykonywania kilkutygodniowych prac wskazuje na zgłoszeniu kierowanym do ZUS przez pracodawcę - oddział Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tj. Lubelski OW NFZ.

Zmiana miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub/ i członka rodziny zgłoszonego do ubezpieczenia zdrowotnego skutkuje jedynie koniecznością dokonania korekty danych na zgłoszeniu kierowanym do ZUS lub KRUS. Dokonywane są one poprzez pracodawcę, odpowiednią instytucję wypłacającą świadczenia pieniężne lub indywidualnie (np. w przypadku prowadzących działalność gospodarczą).

Przykład 2.

Student na stałe zamieszkujący w Lublinie, zgłoszony do ubezpieczenia jako członek rodziny przez jednego z rodziców w zakładzie pracy, studiuje w Warszawie. Wówczas rodzic zgłasza fakt zmiany miejsca zamieszkania dziecka do pracodawcy, który z kolei przesyła korektę danych do ZUS.

³ dotyczy osób, którym zawieszono prawa do renty socjalnej z przyczyn określonych w art. 10 ust. 5 Ustawy z dnia 27 czerwca 2003 roku o rencie socjalnej (Dz. U. Nr 135, poz. 1268 ze zm.)

II. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA (POZ)

Opieka lekarska

Każdy pacjent **ma prawo wolnego wyboru** lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), położnej i pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej spośród tych, którzy mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyboru takiego dokonuje poprzez złożenie "deklaracji wyboru" (druki deklaracji mają lekarze, pielęgniarki i położne, są również dostępne na stronie internetowej Lubelskiego OW NFZ: www.nfz-lublin.pl, w dziale „Dla Świadczeniobiorców/Pacjentów” – „Druki do pobrania”).

Ważne:

- **w schorzeniach ostrych i nagłych zachorowaniach**, a także w innych stanach wymagających pilnej interwencji, porada udzielana jest w dniu zgłoszenia,
- **zmiana lekarza, pielęgniarki i położnej** podstawowej opieki zdrowotnej przysługuje bezpłatnie osobie ubezpieczonej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym. W przypadku każdej kolejnej zmiany pacjent wnosi opłatę w wysokości 80 zł, kwotę tą należy wpłacić na rachunek Lubelskiego OW NFZ: Bank Gospodarstwa Krajowego O/Lublin nr 29 1130 1206 0028 9000 1220 0001, (nie dotyczy to zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę oraz innych przyczyn niezależnych od pacjenta),
- **zmiany dokonuje się** poprzez wypełnienie u nowo wybranego lekarza/pielęgniarki/położnej druku deklaracji,
- **pacjent ma prawo** do bezpłatnych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej u innego lekarza/pielęgniarki/położnej w przypadkach nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Rejestracja pacjentów na wyznaczone godziny odbywać się może w każdej formie: osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osoby trzeciej.

Lekarz POZ ma obowiązek zapewnić (od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 18.00) porady lekarskie w przychodni, w przypadkach medycznie uzasadnionych wizyty domowe oraz funkcjonowanie gabinetu zabiegowego i punktu szczepień.

Świadczenia zdrowotne realizowane w ramach POZ są bezpłatne (np. porady, badania lekarskie, wizyty domowe, skierowania do specjalistów, skierowania do szpitala, skierowania na badania diagnostyczne, skierowania na leczenie uzdrowskowe, zlecenia na niektóre przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, wystawianie recept, zabiegi pielęgniarstwa: zmiana opatrunków, iniekcje – w gabinecie zabiegowym i w domu chorego).

Lekarz POZ ma obowiązek zapewnić swojemu podopiecznemu badania diagnostyczne, należące do jego kompetencji. Wydając skierowania na badania diagnostyczne lekarz POZ wskazuje miejsce, gdzie pacjent może wykonać je bezpłatnie.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Świadczenia w zakresie profilaktyki:
 - koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych podopiecznych,
 - uczestniczy w realizacji programów profilaktycznych,
2. Świadczenia w zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób:
 - planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do problemu pacjenta,
 - przeprowadza badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta,
 - wykonuje lub zleca wykonanie badań dodatkowych, a w szczególności laboratoryjnych i obrazowych,
 - kieruje pacjenta na konsultacje specjalistyczną i do szpitala celem prowadzenia dalszej specjalistycznej diagnostyki,
3. Świadczenia w zakresie leczenia chorób:
 - planuje i uzgadnia z pacjentem postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemu zdrowotnego,
 - zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne,
 - wykonuje zabiegi i procedury lecznicze,
 - kieruje do: lekarzy specjalistów, do oddziałów leczenia stacjonarnego, do zakładów opieki długoterminowej, leczenia uzdrowskowego,
 - współdziała z jednostkami ratownictwa medycznego,
 - orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki zgodnie z odrębnymi przepisami,
4. Świadczenia w zakresie działań mających na celu usprawnianie pacjenta:
 - wykonuje zabiegi i procedury rehabilitacyjne, stosownie do posiadanej przez siebie wiedzy i umiejętności oraz posiadanych kwalifikacji i możliwości,

- zleca i monitoruje wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych stosownie do posiadanych kwalifikacji,
- zleca wydanie pacjentowi środków zabezpieczenia ortopedycznego.

Opieka pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej

Pielęgniarka realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską, w szczególności:

- rozpoznaje warunki i potrzeby zdrowotne podopiecznych,
- rozpoznaje problemy pielęgnacyjne,
- planuje i realizuje opiekę pielęgnacyjną,
- ocenia skuteczność zastosowania procedur pielęgnacyjnych,
- realizuje zlecenia lekarskie,
- prowadzi edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę chorób.

Realizacja opieki pielęgniarskiej następuje od poniedziałku do piątku, w godz. 8.00 – 18.00. W schorzeniach ostrych i nagłych zachorowaniach, gdy wymaga tego stan pacjenta świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia.

Pacjent ma prawo wolnego wyboru pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, nie częściej niż dwa razy w ciągu roku.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarkę środowiskową/rodzinną:

1. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki:
 - rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych podopiecznych,
 - prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego trybu życia,
 - realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób,
 - organizowanie grup wsparcia,
 - realizacja szczepień ochronnych
2. Świadczenia diagnostyczne:
 - przeprowadzanie wywiadu środowiskowego,
 - ocena ogólnego stanu zdrowia podopiecznego,
 - wykonywanie badania fizykalnego,
 - wykonywanie testów diagnostycznych,
 - ocena i monitorowanie bólu w opiece paliatywnej
3. Świadczenia lecznicze:
 - ustalanie diety dla pacjenta przewlekle chorego,
 - dobór technik karmienia, w zależności od stanu chorego,

- wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,
 - podawanie leków różnymi drogami,
 - cewnikowanie pęcherza moczowego,
 - wykonywanie wlewów doodbytniczych,
 - opatrywanie ran, odleżyn, oparzeń, zdejmowanie szwów,
 - stawianie baniek lekarskich,
 - wykonywanie inhalacji, doraźne podawanie tlenu,
 - udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach
4. Świadczenia usprawniające:
- koordynacja i współdziałanie w rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego, długotrwałego unieruchomienia i stosowanie udogodnień,
 - usprawnienie ruchowe,
 - drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej,
 - ćwiczenia ogólnousprawniające.

Opieka położnej środowiskowej/rodzinnej

Położna rodzinna zobowiązana jest do udzielania kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej w środowisku podopiecznego z zakresu pielęgnacyjnej opieki położniczo-ginekologicznej. Realizacja opieki położniczej następuje od poniedziałku do piątku, w godz. 8.00 – 18.00. W schorzeniach ostrych i nagłych zachorowaniach, gdy wymaga tego stan pacjenta świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez położną środowiskową/rodzinną:

1. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki:
- diagnozowanie i ocena zagrożeń zdrowotnych kobiety w przebiegu ciąży,
 - edukacja zdrowotna kobiety we wszystkich okresach życia w zakresie samoobserwacji i podejmowania działań likwidujących czynniki ryzyka nowotworowego,
 - organizacja grup wsparcia,
 - prowadzenie czynnego poradnictwa w zakresie profilaktyki chorób wieku dziecięcego i chorób ginekologicznych, onkologicznych,
 - prowadzenie programu przygotowania do porodu z uwzględnieniem porodu rodzinnego,

- promowanie karmienia piersią,
 - edukacja w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową
2. Świadczenia w zakresie opieki nad kobietą w ciąży i połogu oraz noworodkami/ niemowlętami obu płci do 6 tyg. życia:
- objęcie czynną i systematyczną opieką kobiet ciężarnych, położnic, noworodków oraz ich rodzin,
 - dokonywanie oceny stanu zdrowia kobiety (ciężarnej, rodzącej, położnicy) oraz noworodka i niemowlęcia w celu określenia zapotrzebowania na opiekę położniczą (zbieranie wywiadu, wykonywanie badania położniczego fizykalnego kobiety i noworodka, wykonywanie pomiarów parametrów życiowych, pobieranie materiału do badań diagnostycznych, wykonywanie testu na fenylketonurię i hypotyreozę u noworodków),
 - prowadzenie porodu fizjologicznego w warunkach domowych z zapewnieniem wymaganych zabiegów neonatologicznych w tym testów i szczepień ochronnych u noworodka,
 - udzielanie pomocy położniczej i neonatologicznej w przypadkach nagłych, przed przybyciem lekarza
3. Świadczenia pielęgnacyjne w schorzeniach ginekologicznych:
- sprawowanie opieki nad kobietami ze schorzeniami ginekologicznymi,
 - sprawowanie opieki paliatywnej nad kobietami, ocena jakości życia i wydolności psychofizycznej,
 - wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych,
 - edukacja i aktywizowanie do samoopieki i samopielęgnacji,
 - podawanie leków różnymi drogami i technikami,
 - udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach
4. Świadczenia usprawniające:
- prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia,
 - prowadzenie gimnastyki oddechowej, wykonywanie drenażu ułożeniowego, usprawnianie ruchowe.

Opieka pielęgniarki szkolnej

Pielęgniarka szkolna zobowiązana jest do udzielania kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz uczniów objętych świadczeniami z zakresu profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania. Świadczenia pielęgniarki szkolnej realizowane są w szkole, w gabinecie profilaktyki (w przypadku braku takiego gabinetu dopuszcza się udzielanie świadczeń w poradni POZ).

Wykaz niektórych świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę szkolną:

1. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia:
 - prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów,
 - uczestnictwo w planowaniu i realizacja programów edukacji prozdrowotnej,
 - realizowanie programów profilaktycznych,
 - promowanie zachowań prozdrowotnych, działań na rzecz zachowania zdrowia i zapobiegania chorobom i urazom
2. Świadczenia w zakresie profilaktyki:
 - organizowanie i realizowanie szczepień ochronnych,
 - realizowanie programów profilaktycznych,
 - ocenianie stanu sanitarno-higienicznego i bezpieczeństwa w placówce nauczania i wychowania
 - prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej,
3. Świadczenia diagnostyczne:
 - identyfikacja uczniów z problemami zdrowotnymi, psychosomatycznymi i społecznymi,
 - wykonywanie testów diagnostycznych i przesiewowych,
 - przeprowadzanie wywiadów środowiskowych,
4. Świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze:
 - podawanie leków różnymi drogami i technikami,
 - udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, nagłych zachorowaniach, w wypadkach i urazach.

Ważne:

- pielęgniarka szkolna nie zapewnia opieki pielęgniarskiej przez cały czas trwania zajęć lekcyjnych w szkole.

Student/ uczeń

Student/uczeń ma prawo wyboru lekarza/ pielęgniarki/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu kształcenia (na 9 miesięcy w roku – od października do czerwca) i w miejscu stałego zamieszkania na miesiące letnie (na 3 miesiące w roku – od lipca do września). Zasada ta dotyczy również dziecka studenta, które przebywa wraz z rodzicami w miejscu pobierania nauki.

Student/uczeń składa deklarację wyboru lekarza/ pielęgniarki/ położnej POZ na formularzu Funduszu, w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach:

- przy wyborze lekarza, pielęgniarki, położnej w miejscu nauki do deklaracji dołącza jeden egzemplarz z wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej z miejsca zamieszkania (w celu identyfikacji macierzystego oddziału wojewódzkiego NFZ),
- na deklaracji wyboru należy odnotować: okres objęcia opieką, miejsce zamieszkania, miejsce nauki,

Wybór lekarza/ pielęgniarki/ położnej na czas nauki i okres wakacyjny umożliwi podjęcie i kontynuację leczenia, korzystanie z zabiegów pielęgniarskich – bez konieczności przemieszczania się w celu leczenia.

Nocna i świąteczna opieka medyczna**Ambulatoryjna nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska**

Świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej udzielane są w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, od poniedziałku do piątku w godz. 18.00 – 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta.

Zakres świadczeń:

- świadczenia lekarskie z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia,
- zabiegi realizowane przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym, zlecane podopiecznym przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego,

Ważne:

- świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej są bezpłatne i udzielane są bez skierowania,

Wyjazdowa nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgnarska

Świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej udzielane są w domu pacjenta w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Świadczenia udzielane są od poniedziałku do piątku, w godz. 18.00 – 8.00 oraz w soboty, niedziele i święta całodobowo.

Zakres świadczeń:

świadczenia lekarskie udzielane w domu pacjenta, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia,
zabiegi pielęgnarskie udzielane w domu pacjenta, wynikające z ciągłości zachowania leczenia i pielęgnacji,

Ważne:

- świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej są bezpłatne i udzielane są bez skierowania,
- w przypadku stwierdzenia konieczności wezwania pogotowia ratunkowego lekarz lub pielęgnarska pozostaje w domu pacjenta do czasu przyjazdu karetki.

Od 1 stycznia 2005 roku zmienił się sposób zabezpieczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej oraz transportu sanitarnego. Pacjenci mają zabezpieczoną opiekę z w/w zakresów u konkretnych świadczeniodawców, w zależności od przynależności do lekarza POZ. Oznacza to, iż w nocy oraz w dni ustawowo wolne od pracy pacjent korzysta z usług przychodni wskazanej przez lekarza rodzinnego. Stosowna informacja powinna znajdować się w każdej przychodni POZ, w miejscu widocznym nawet po zamknięciu placówki.

Na stronie internetowej Lubelskiego OW NFZ www.nfz-lublin.pl, w dziale „Dla Świadczeniobiorców/Pacjentów” znajduje się specjalna wyszukiwarka **„Zabezpieczenie całodobowej opieki medycznej i transportu sanitarnego.”**

Transport sanitarny w POZ

Transport sanitarny w POZ polega na zapewnieniu pacjentowi transportu sanitarnego w godzinach funkcjonowania POZ (od poniedziałku do piątku, w godz. 8.00 – 18.00), wynikającego ze wskazań medycznych, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem.

Transport sanitarny jest:

- **bezpłatny** na podstawie zlecenia lekarza POZ w przypadku gdy u pacjenta występuje dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia,
- **częściowo odpłatny** na podstawie zlecenia lekarza POZ w sytuacji niewymagającej konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia, zgodnie z przepisami prawa (patrz też „Ratownictwo medyczne i transport sanitarny” str. 38).

2. LECZENIE SPECJALISTYCZNE

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są **na podstawie skierowania** lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Pacjent ma prawo wyboru lekarza specjalisty, spośród świadczeniodawców posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Skierowanie dla ubezpieczonego **nie jest wymagane** w przypadku świadczeń:

- ginekologa i położnika,
- dentysty,
- dermatologa,
- wenerologa,
- onkologa,
- okulisty,
- psychiatry,
- dla osób chorych na gruźlicę,
- dla osób zakażonych wirusem HIV,
- dla inwalidów wojennych i osób represjonowanych,
- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych w zakresie leczenia odwykowego,

Pacjent ubiegający się o świadczenie, **obowiązany jest przedstawić dowód ubezpieczenia zdrowotnego**. Brak dowodu ubezpieczenia nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w stanie nagłym.

Ważne:

- **w przypadku braku możliwości uzyskania porady w dniu zgłoszenia**, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia listy osób oczekujących i wyznaczenia terminu przyjęcia,
- **w przypadku nagłych zachorowań lub pogorszenia stanu zdrowia** porada powinna być zrealizowana w dniu zgłoszenia się

pacjenta. Decyzję o przyjęciu pacjenta w trybie nagłym (w dniu zgłoszenia) podejmuje lekarz,

- **badania diagnostyczne** są dla ubezpieczonego bezpłatne na podstawie skierowania, w laboratorium/ pracowni, wskazanej przez lekarza,
- **skierowania wystawione do lekarza specjalisty „na objęcie leczeniem”** zachowują swoją ważność do czasu zakończenia leczenia.

Lekarz kierujący pacjenta do lekarza specjalisty **zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych.**

Lekarz POZ zleca badania będące w zakresie jego kompetencji w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarza specjalistę:

- przeprowadzanie badania lekarskiego podmiotowego i przedmiotowego (w miejscu udzielania świadczeń oraz w domu chorego - w przypadkach medycznie uzasadnionych),
- zlecenie zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych,
- zlecenie i wykonywanie badań diagnostycznych, pozostających w związku ze sprawowanym leczeniem specjalistycznym (również z zakresu kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, których wykonanie lekarz specjalista uznał za niezbędne),
- ordynacja leków,
- kierowanie na konsultacje,
- kierowanie do szpitala (w przypadku gdy ubezpieczony objęty leczeniem specjalistycznym wymaga leczenia szpitalnego - lekarz specjalista zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników badań diagnostycznych, w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania),
- kierowanie na leczenie uzdrowiskowe,
- wystawianie zleceń na refundowane przez NFZ przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- udzielanie pisemnej odpowiedzi lekarzom kierującym na konsultacje,
- wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta.

3. REHABILITACJA

Porada rehabilitacyjna – specjalistyczne świadczenia zdrowotne realizowane w poradni rehabilitacyjnej lub w sytuacjach medycznie uzasadnionych w domu pacjenta, obejmująca swoim zakresem badanie lekarskie, ocenę ogólnego stanu zdrowia, ustalenie programu usprawniania/cyklu zabiegów rehabilitacyjnych, wypisanie skierowań na konsultację i badania dodatkowe, wypisanie recept, wystawianie wniosków na sprzęt ortopedyczny.

Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej oraz na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Lekarz wystawiając skierowanie do poradni rehabilitacyjnej lub bezpośrednio do gabinetu rehabilitacyjnego podaje rozpoznanie jednostki chorobowej i określa dysfunkcję narządu ruchu, deficyt neurologiczny lub inną przyczynę kierowania na rehabilitację.

W przypadku skierowania pacjenta na fizjoterapię przez lekarza innego niż lekarz ze specjalizacją z:

- rehabilitacji medycznej,
- balneoklimatologii i medycyny fizykalnej,
- ortopedii,
- chirurgii ogólnej,
- reumatologii

magister rehabilitacji/fizjoterapii lub magister wychowania fizycznego, posiadający specjalizację II° z zakresu rehabilitacji ruchowej przeprowadza badanie czynnościowe narządu ruchu i ustala program rehabilitacji, o czym powiadamia lekarza kierującego, dokonując pisemnego uzasadnienia.

Lekarze specjaliści mogą kierować na zakres zabiegów rehabilitacyjnych zgodnie z profilem swej działalności, np. kardiolog – w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, neurolog – w zakresie rehabilitacji neurologicznej.

Rehabilitacja w warunkach domowych obejmuje swoim zakresem porady lekarskie i zabiegi fizjoterapeutyczne w domu pacjenta, który ze względu na stopień niepełnosprawności nie może korzystać z rehabilitacji ambulatoryjnej.

Rehabilitacja domowa powinna obejmować pacjentów rokujących poprawę, z zaburzeniami funkcji narządu ruchu spowodowanymi:

- ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stany po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) do 12 miesięcy od ostrego incydentu mózgowego,
- uszkodzeniem rdzenia kręgowego do 12 miesięcy od powstania uszkodzenia,

- chorobami przewlekłe postępującymi (np. rdzeniowy zanik mięśni, guzy mózgu, reumatoidalne zapalenie stawów),
- chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych (ew. kolanowych) po zabiegach endoprotezoplastyki stawu do 3 miesięcy po operacji,
- stanami po urazach kończyn dolnych do 3 miesięcy po urazie.

Lekarz poradni rehabilitacyjnej po wizycie w domu pacjenta podejmuje decyzję o leczeniu i ustala ogólny program leczenia.

W przypadku gdy występuje ograniczenie dostępu do porad lekarskich rehabilitacyjnych, dopuszcza się zlecenie wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych przez lekarzy właściwych specjalności (np. neurologa, ortopedy-traumatologa).

Czas trwania rehabilitacji w warunkach domowych wynosi do 4 tygodni, z możliwością powtarzania cyklu usprawniania raz na kwartał. W przypadkach kiedy istnieją wskazania do kontynuacji rehabilitacji, powyżej 16 tygodni w ciągu roku, dalsze prowadzenie leczenia wymaga potwierdzenia właściwego Oddziału Funduszu.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach oddziału dziennego - całodienne świadczenie zdrowotne udzielane w ośrodku/ oddziale dziennym, obejmujące co najmniej 2 porady lekarskie, ćwiczenia/zabiegi (fizjoterapię, neuropsychologię, logopedię, psychoterapię).

Czas trwania rehabilitacji wynosi do 6 tygodni, min. 5 zabiegów dziennie, przez 5 dni w tygodniu, w zależności od stanu klinicznego pacjenta.

Leki w dziennym oddziale rehabilitacyjnym pacjent zabezpiecza we własnym zakresie.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach oddziału stacjonarnego - całodobowe świadczenie zdrowotne udzielane w oddziale, obejmujące badania diagnostyczne, ćwiczenia/zabiegi, koszty hotelowe i wyżywienie.

Kwalifikacja pacjentów do tego typu rehabilitacji – powinna nastąpić w terminie do 21 dni od zabiegu operacyjnego, zaostrzenia schorzenia reumatologicznego, urazu narządu ruchu powodującego znaczne upośledzenie funkcji.

Skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach oddziału stacjonarnego wystawiane może być przez lekarzy oddziałów:

- neurologicznych,
- neurochirurgicznych,
- urazowo-ortopedycznych,
- chirurgicznych,
- intensywnej terapii,
- wewnętrznych,

- poradni rehabilitacyjnych,
- urazowo-ortopedycznych,
- neurologicznych,
- reumatologicznych

W przypadku schorzeń przewlekłych, których stan uległ zaostrzeniu, skierowanie może wystawić lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (w takim przypadku lekarz oddziału rehabilitacyjnego po ocenie stanu pacjenta, dokonuje kwalifikacji i ustala termin przyjęcia pacjenta).

Czas trwania rehabilitacji wynosi 3-6 tygodni, min. 5 zabiegów dziennie przez 6 dni w tygodniu, w zależności od stanu klinicznego pacjenta.

Wczesna rehabilitacja neurologiczna – realizacja świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (oddziału rehabilitacji neurologicznej).

Skierowanie wystawiane jest przez lekarzy oddziałów:

- neurologicznych,
- neurochirurgicznych,
- urazowo-ortopedycznych,
- intensywnej terapii,
- wewnętrznych,

w wyjątkowych przypadkach skierowanie może wystawić lekarz poradni neurologicznej.

Kwalifikacja pacjentów do tego rodzaju rehabilitacji – do 3 miesięcy po przebytych incydencie mózgowym bądź urazie ośrodkowego układu nerwowego lub wykonanym zabiegu operacyjnym na ośrodkowym układzie nerwowym.

Od chwili zakwalifikowania pacjenta do tego rodzaju rehabilitacji do przyjęcia do właściwego oddziału nie może upłynąć więcej niż 21 dni.

Czas trwania rehabilitacji wynosi 3 – 9 tygodni.

Wtórna rehabilitacja neurologiczna – udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (oddziału rehabilitacji neurologicznej) pacjentom, którzy nie kwalifikują się do wczesnej rehabilitacji.

Kwalifikacja pacjentów do tego rodzaju rehabilitacji jest niezależna od daty wystąpienia ostrego incydentu mózgowego bądź urazu ośrodkowego układu nerwowego lub wykonanego zabiegu operacyjnego na ośrodkowym układzie nerwowym.

Czas trwania rehabilitacji wynosi 3 – 6 tygodni.

Rehabilitacja neurologiczna ciężkich uszkodzeń centralnego układu nerwowego - udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (oddziału rehabilitacji neurologicznej).

Kwalifikacja pacjentów do tego rodzaju rehabilitacji – do 3 miesięcy po przebytych incydencie mózgowym bądź urazie ośrodkowego układu nerwowego lub wykonanym zabiegu operacyjnym na ośrodkowym układzie nerwowym.

Po zakwalifikowaniu pacjentów do tego rodzaju rehabilitacji, pacjent przyjmowany jest bezpośrednio z oddziału kierującego.

Czas trwania rehabilitacji wynosi 3 – 9 tygodni.

Wtórna rehabilitacja neurologiczna ciężkich uszkodzeń centralnego układu nerwowego (w tym paraplegii i tetraplegii) - udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (oddziału rehabilitacji neurologicznej).

Skierowanie wystawiane jest przez lekarzy poradni:

- neurologicznych,
- neurochirurgicznych,
- urazowo-ortopedycznych,
- intensywnej terapii,
- lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej

Kwalifikacja pacjentów do tego rodzaju rehabilitacji jest niezależna od daty wystąpienia ostrego incydentu mózgowego bądź urazu ośrodkowego układu nerwowego lub wykonanego zabiegu operacyjnego na ośrodkowym układzie nerwowym. Decyzję o leczeniu w oddziale szpitalnym, podejmuje lekarz oddziału ustalając termin przyjęcia pacjenta do oddziału.

Czas trwania rehabilitacji wynosi 3 – 6 tygodni.

Rehabilitacja kardiologiczna wczesna - udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (oddziału rehabilitacji kardiologicznej) lub ambulatoryjnych.

Kwalifikacja pacjentów do rehabilitacji w warunkach szpitalnych odbywa się do 30 - 60 dni od ostrego epizodu lub operacji kardiologicznej bądź innych schorzeń układu sercowo-naczyniowego.

Kwalifikacja pacjentów do rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych – odbywa się do 12 tygodni po leczeniu w oddziale kardiologicznym, po przebytych zawałach mięśnia sercowego, plastyce naczyń wieńcowych, zabiegach kardiologicznych (pacjentów, którzy nie mogą skorzystać z rehabilitacji w warunkach stacjonarnych ze względu na brak wolnych miejsc lub innych powodów).

Czas trwania rehabilitacji wynosi 2-4 tygodnie.

Przeciwwskazania do rehabilitacji kardiologicznej:

- niewydolność krążenia III/IV stopień wg NYHA,
- zaostrzenia choroby niedokrwiennej serca wymagające intensywnego leczenia farmakologicznego,
- czynny stan zapalny wsierdza, mięśnia sercowego, osierdza,
- niewyrównane nadciśnienie tętnicze,
- zaawansowany zespół płucno-sercowy,
- inne stany wymagające intensywnego nadzoru pacjenta.

Rehabilitacja pulmonologiczna– udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach oddziału stacjonarnego bądź w warunkach ambulatoryjnych

Kwalifikacja pacjentów do rehabilitacji pulmonologicznej:

- nawracające zapalenie oskrzeli,
- rozedma i pylica płuc z towarzyszącym nieżytem oskrzeli,
- przewlekłe śródmiąższowe choroby płuc z zaburzeniami wentylacji,
- astma oskrzelowa,
- stan po aspiracji ciała obcego,
- rozstrzenie oskrzeli z towarzyszącym nieżytem,
- mukowiscydoza,
- stany po przebyłym zapaleniu płuc (do 3 tyg. od zakończenia leczenia),
- stan po przebyłym wysiękowym zapaleniu opłucnej (do 3 tyg. od zakończenia leczenia),
- stany po przebyłym RDS,
- stany przed i pooperacyjne w obrębie dróg oddechowych.

Czas trwania rehabilitacji w warunkach oddziału stacjonarnego wynosi:

- dla osób dorosłych do 3 tygodni,
- dla dzieci 4-6 tygodni.

Przeciwwskazania do rehabilitacji pulmonologicznej:

- choroby układu oddechowego z objawami niewydolności krążenia i zaawansowanej niewydolności oddechowej,
- ostre lub podostre choroby ogólne,
- choroby przewlekłe w okresie zaostrzeń,
- choroby nowotworowe,
- gruźlica płuc,
- zaawansowana pylica,
- astma oskrzelowa wymagająca hospitalizacji,

- rozstrzenie oskrzeli z obfitą wydzieliną i towarzyszącym zapaleniem,
 - stany przebiegające z krwiopluciem i po niedawno przebytych krwotokach.
-

4. LECZENIE STOMATOLOGICZNE

Świadczenia stomatologiczne przysługują pacjentowi bez skierowania. Pacjent ma prawo do bezpłatnych **gwarantowanych świadczeń** stomatologicznych określonych w odpowiednich przepisach.⁴ Korzystając z usług stomatologa w ramach ubezpieczenia zdrowotnego pacjent **obowiązany jest przedstawić dowód ubezpieczenia zdrowotnego**.

Ważne:

- **pacjent zgłaszający się z bólem** powinien otrzymać pomoc w dniu zgłoszenia,
- **świadczenia nie gwarantowane**, czyli nie ujęte w wykazach udzielane są na koszt pacjenta,
- w każdym gabinecie stomatologicznym posiadającym umowę z NFZ powinien znajdować się **wykaz świadczeń gwarantowanych** (czyli bezpłatnych) i materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń,
- NFZ nie finansuje stałych aparatów ortodontycznych dla dzieci.

Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz **kobiety w ciąży i w okresie połogu** mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane dla tych osób.

Osobom upośledzonym umysłowo w stopniu znacznym lub głębokim, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługuje:

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

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2004 r. w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń (Dz. U. Nr 261, poz. 2601).

Zakres świadczeń:

- leczenie ogólnostomatologiczne,
- leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej oraz periodontologii,
- **leczenie z zakresu protetyki** – w ramach ubezpieczenia pacjentowi przysługuje proteza akrylowa ruchoma częściowa i całkowita raz na 5 lat. Naprawa protezy przysługuje raz na 2 lata,
- **leczenie z zakresu ortodoncji** – leczenie aparatem do zdejmowania jedno – i dwuszczękowym przysługuje dziecku do ukończenia 12 roku życia (kontrola wyników leczenia po jego zakończeniu, do ukończenia 13 lat – bezpłatna kontrola przysługuje wyłącznie dzieciom leczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego). Dziecku, do ukończenia 13 roku życia, przysługuje również raz w roku kalendarzowym naprawa aparatu ortodontycznego (nie przysługuje wymiana i naprawa aparatu uszkodzonego z powodu nieprawidłowego użytkowania),
- leczenie protetyczne osób po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki,
- leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym osób upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i głębokim, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych – celem takiego leczenia jest wykonanie całkowitej sanacji jamy ustnej w tym profilaktyki profesjonalnej podczas jednego zabiegu,
- leczenie stomatologiczne osób z grupy wysokiego ryzyka – nosiciele wirusa HIV oraz chorych na AIDS,
- stomatologiczna pomoc doraźna.

Dokument potwierdzający prawo do dodatkowych świadczeń:

- dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia – karta ubezpieczenia zdrowotnego, lub dokument stwierdzający tożsamość lub skrócony odpis aktu urodzenia,
- kobiety w ciąży – karta przebiegu ciąży i karta ubezpieczenia zdrowotnego lub dokument stwierdzający tożsamość,
- kobiety w okresie połogu – skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i karta ubezpieczenia zdrowotnego lub dokument stwierdzający tożsamość,
- osoby upośledzone umysłowo w stopniu znacznym lub głębokim, dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia upośledzone umysłowo w stopniu znacznym lub głębokim – orzeczenie o niepełnosprawności,

Wykaz Świadczeniodawców Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru stomatologicznego:

Lp	Nazwa zakładu zdrowotnego	Adres	Numer telefonu	Czas pełnienia dyżuru	
				Dni	Godziny
1	NZOZ PPZ Salus Przychodnia Stomatologiczna	22-100 Chełm, Piłsudskiego11A	(082) 5630332	soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	7.00 – 19.00
2	SP Szpital Kliniczny nr 1	20-081 Lublin, Karmelicka 7	(081) 5349716	soboty, niedziele	7.00 – 19.00
3	NZOZ Przychodnia Specjalistyczna „Hipoteczna 4”	20-078 Lublin, Hipoteczna 4	(081) 5325081	poniedziałe-piątek soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	19.00 – 7.00 całodobowo
4	NZOZ Extra-Dent	23-200 Kraśnik, Niepodległości 23/18	(081) 8254854	niedziela	8.00 – 16.00
5	NZOZ Centrum Stomatologiczne	24-100 Puławy, Olszewskiego 10	(081) 8867310	soboty, niedziele	7.00 – 19.00
6	SPZOZ w Tomaszowie Lubelskim	22-600 Tomaszów Lub., Grunwaldzkie 1	(084) 6650305	soboty, niedziele	całodobowo
7	NZOZ Przychodnia Stomatologiczna	22-400 Zamość, Kilińskiego 4	(084) 6931131 wew.541	niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	7.00 – 19.00

5. LECZENIE SZPITALNE

Pacjent ma prawo wyboru dowolnego szpitala, posiadającego umowę z NFZ, na terenie całej Polski. Leczenie szpitalne odbywa się na podstawie skierowania lekarza (i nie musi być to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego) jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Skierowaniem jest również karta informacyjna z leczenia szpitalnego lub karta informacyjna z izby przyjęć, szpitalnego oddziału ratunkowego lub innej jednostki pomocy doraźnej, z odpowiednim wpisem określającym wskazanie do dalszego leczenia.

Ważne:

- **w stanach nagłych** (tj. w stanach prowadzących do szybkiego pogarszania się zdrowia, których bezpośrednim następstwem może być zagrożenie życia) świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania,
- **pacjentowi przyjętemu do szpitala zapewnia się bezpłatne leki i wyroby medyczne, konieczne do wykonania świadczenia.** Oznacza to, iż pacjentowi leżącemu w szpitalu lekarz nie może wypisać recepty lub zlecenia np. na pieluchomajtki,
- w przypadku braku możliwości natychmiastowej hospitalizacji, pacjent wpisywany jest na **listę oczekujących**. Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących (więcej nt. list oczekujących w rozdziale „Kolejki oczekujących” str.41),
- w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta wskazującego na potrzebę wcześniejszego (niż w ustalonym terminie) udzielenia świadczenia, ustalany jest nowy termin przyjęcia pacjenta do szpitala.

6. LECZENIE UZDROWISKOWE

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia pacjenta, brak przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego, wpływ leczenia uzdrowiskowego na stan zdrowia pacjenta. Skierowanie powinno być przesłane, przez lekarza który je wystawił, do Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem „SKIEROWANIE NA LECZENIE UZDROWISKOWE”. Skierowanie może być także przesłane bezpośrednio przez pacjenta.

Skierowanie jest potwierdzane przez Fundusz, jeżeli lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej stwierdzi celowość skierowania oraz są miejsca w odpowiednich zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Lekarzowi specjaliście przysługuje prawo dokonania zmiany kwalifikacji skierowania z leczenia sanatoryjno-uzdrowiskowego na leczenie w szpitalu uzdrowiskowym, jak i odwrotnie: z leczenia uzdrowiskowego szpitalnego na leczenie uzdrowiskowo-sanatoryjne.

Jeżeli lekarz specjalista stwierdzi, iż skierowanie na leczenie uzdrowiskowe jest niecelowe –Oddział Funduszu nie potwierdza skierowania. Wówczas zwracane jest ono lekarzowi, który je wystawił, stosowna informacja przekazywana jest również pacjentowi. Na niepotwierdzenie skierowania przez Oddział Funduszu nie przysługuje odwołanie.

Skierowanie na leczenie w szpitalu uzdrowiskowym - wystawia lekarz zatrudniony w klinice lub szpitalu, w którym pacjent przebywał na leczeniu szpitalnym - nie później niż w dniu wypisania chorego ze szpitala. Lekarz dołączą

do skierowania kartę informacyjną, zawierającą opis przebiegu choroby, opis leczenia, wyniki badań pomocniczych oraz zalecenia. Pobyt w szpitalu uzdrowskim jest bezpłatny i odbywa się w ramach zwolnienia lekarskiego.

Skierowanie na leczenie w sanatorium uzdrowskim - wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, Fundusz określa termin, miejsce, rodzaj leczenia i zakład lecznictwa uzdrowskiego. Pobyt w sanatorium uzdrowskim jest częściowo odpłatny⁵ przez ubezpieczonego i odbywa się w ramach urlopu wypoczynkowego.

Skierowanie na leczenie uzdrowskie ambulatoryjne - wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Osoba ubezpieczona ponosi koszty pobytu podczas korzystania z leczenia ambulatoryjnego (we własnym zakresie zapewnia sobie zakwaterowanie i wyżywienie). Oddział Funduszu zapewnia 3 zabiegi dziennie w ciągu 6-18 dni zabiegowych. Skierowanie na leczenie ambulatoryjne potwierdzone jest przez NFZ nie częściej niż raz na 12 miesięcy.

Dzieci w wieku od 3 do 6 lat mogą być kierowane na leczenie uzdrowskie same lub pod nadzorem opiekuna prawnego. Leczenie dzieci jest bezpłatne, natomiast rodzice lub opiekunowie ponoszą pełną odpłatność za pobyt w zakładzie. Dzieci uczęszczające do szkoły podstawowej lub gimnazjum kierowane są na leczenie uzdrowskie przez cały rok, zaś młodzież ponadgimnazjalna korzysta z leczenia uzdrowskiego w okresie wolnym od nauki.

Ważne:

- **kolejne skierowanie** na leczenie uzdrowskie może być złożone po upływie 24 miesięcy, dzieci po 12 miesiącach - od ostatniego pobytu w sanatorium (skierowania wpływające wcześniej pozostają bez rozpatrzenia i podlegają odesłaniu do lekarza wystawiającego),
- **w przypadku braku miejsc** w odpowiednich zakładach lecznictwa uzdrowskiego, Oddział Funduszu prowadzi listę osób oczekujących na potwierdzenie skierowania. Ubezpieczeni mają prawo do informacji o swojej kolejności na liście oczekujących,
- **NFZ nie ma obowiązku** zapewnić wspólnego wyjazdu małżonkom w tym samym terminie i do tego samego zakładu lecznictwa uzdrowskiego. Fundusz zapewnia kierowanie małżonków razem, w przypadku jeśli jedno z małżonków ma orzeczoną znaczny stopień niepełnosprawności lub ukończony 65 rok życia,
- **okres ważności skierowania** do sanatorium uzdrowskiego wynosi 12 miesięcy od daty wystawienia skierowania,

⁵ Wysokość odpłatności określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowskiego (Dz. U. Nr 274, poz. 2724)

- NFZ nie zapewnia kierowania ubezpieczonych do wybranych przez nich uzdrowisk i w wybranych przez pacjentów terminach - leczenie uzdrowiskowe prowadzone jest przez cały rok kalendarzowy (nie tylko w miesiącach wakacyjnych i podczas ferii zimowych),
- NFZ nie organizuje i nie pokrywa kosztów podróży na leczenie uzdrowiskowe.

Rezygnacja - w przypadku rezygnacji, skierowanie należy bezzwłocznie zwrócić do Oddziału Funduszu. Każda rezygnacja powinna być uzasadniona i udokumentowana pisemnie. Oddział Funduszu uzna rezygnację i zwrot skierowania za zasadny gdy ich powodem jest:

- wypadek losowy,
- choroba ubezpieczonego,
- brak możliwości uzyskania urlopu.

W przypadku uzasadnionego zwrotu skierowania Fundusz wyznacza nowy termin realizacji skierowania. Natomiast w przypadku nieuzasadnionej rezygnacji i zwrotu skierowania z możliwością wykorzystania przez innego ubezpieczonego – ubezpieczony może złożyć nowe skierowanie w dowolnym czasie. W przypadku rezygnacji z przyznanego leczenia i zwrócenia skierowania po terminie rozpoczęcia turnusu lub nie zwrócenie skierowania w ogóle bez poinformowania o tym oddziału Funduszu, traktowane jest to jak rezygnacja nieuzasadniona z leczenia uzdrowiskowego. W takim przypadku ubezpieczony może ubiegać się o ponowne przyznanie leczenia po upływie 24 miesięcy od daty proponowanego wyjazdu.

Pacjent ma prawo skrócić pobyt w sanatorium:

- z powodu swojej choroby, która uniemożliwia kontynuowanie pobytu w sanatorium,
- z przyczyn niezależnych od pacjenta, w tym udokumentowanej choroby lub śmierci członka najbliższej rodziny i osoby pozostającej pod opieką pacjenta,
- skrócenie pobytu może nastąpić również z przyczyn leżących po stronie sanatorium.

W w/w przypadkach wysokość częściowej odpłatności za pobyt w sanatorium pomniejszana jest o kwotę stanowiącą iloczyn liczby dni odpowiadających pełnym dobom, o które pobyt został skrócony. **W przypadku skrócenia pobytu w sanatorium z przyczyn inne niż w/w pacjent ponosi pełną odpłatność.**

Odpłatność za pobyt w sanatorium uzdrowiskowym

Cena za 1 dzień pobytu w pokoju z wyżywieniem	I sezon (od 1 października do 30 kwietnia) w zł	II sezon (od 1 maja do 30 września) w zł
Pokój 1 os. z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	22,00	27,00
Pokój 1 os. w studio	18,00	24,50
Pokój 1 os. bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	17,00	22,00
Pokój 2 os. z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	13,50	18,50
Pokój 2 os. w studio	11,50	16,50
Pokój 2 os. bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	10,00	13,70
Pokój wieloosobowy z pełnym węzłem sanitarnym	8,50	10,00
Pokój wieloosobowy studio	7,50	9,00
Pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	6,50	8,50

7. OPIEKA NAD CHORYM PRZEWLEKLE**Oddział Medycyny Paliatywnej/ Hospicjum Stacjonarne**

Opieka realizowana w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej przeznaczona jest dla pacjentów w terminalnym stanie choroby nowotworowej. Średni czas opieki wynosi 30 dni.

Hospicjum Domowe

Przeznaczone jest dla pacjentów w terminalnym stanie choroby nowotworowej przebywających w swoich domach. Wizyta hospicjum domowego odbywa się w dniu zgłoszenia, lub w dniu następnym po uzgodnieniu z pacjentem lub rodziną. Średni czas opieki nad dorosłym wynosi 90 dni.

Lekarz hospicjum domowego świadczy usługi na rzecz pacjenta średnio raz w tygodniu, pielęgniarka średnio 3 razy w tygodniu, pozostali członkowie zespołu w zależności od potrzeb pacjenta. Chorzy i ich rodziny otrzymują informację o numerach telefonów personelu hospicjum domowego gotowego do udzielenia porad telefonicznych w każdym dniu tygodnia i w razie potrzeby do złożenia wizyty w domu.

Hospicjum Domowe dla dzieci

Przeznaczone dla dzieci z chorobą nowotworową i innymi chorobami nie nowotworowymi, które nie mają nadziei na wyleczenie.

Kryteria przyjęcia dziecka pod opiekę hospicjum domowego:

- choroba nieuleczalna (tzw. schorzenie ograniczające życie), charakter postępujący, faza terminalna,
- wiek poniżej 18 lat,
- ma przynajmniej jednego stałego opiekuna, który może sprawować całodobową opiekę,
- nie planuje się leczenia przedłużającego życie (np. chemioterapii, intensywnej terapii).

Poradnia Medycyny Paliatywnej

Poradnia Medycyny Paliatywnej udziela porad ambulatoryjnych i wizyt domowych chorym z zaawansowaną chorobą, najczęściej nowotworową. Chorzy, którzy wymagają częstszych wizyt domowych niż raz w tygodniu kierowani są do hospicjum domowego.

Poradnia czynna jest co najmniej 3 razy w tygodniu w godzinach przed i popołudniowych, nie mniej niż 30 godzin w miesiącu.

Porada obejmuje: badania podmiotowe, badanie przedmiotowe, ordynację leków (w tym leków p/bólowych), zapewnienie badań z katalogu lekarza POZ, zlecenie i wykonanie zabiegów leczniczych, zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych, kierowanie na konsultacje, do szpitala, do stacjonarnej opieki paliatywnej, wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta.

Oddział dla przewlekle chorych

Oddział udziela stacjonarnych, całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących swoim zakresem kontynuację leczenia, pielęgnację i rehabilitację osób po przebyciu leczenia w oddziałach opieki krótkoterminowej.

Celem oddziału dla przewlekle chorych jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego w oddziałach opieki krótkoterminowej, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, lecz wymagają dalszej

hospitalizacji. Ponadto ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Tryb kierowania do oddziału dla przewlekle chorych:

- pacjent kierowany jest bezpośrednio przez lekarza prowadzącego z oddziału opieki krótkoterminowej,
- pacjent na oddziale dla przewlekle chorych może przebywać czasowo – średni czas pobytu wynosi 30 dni,
- w uzasadnionych przypadkach kontynuacja opieki może odbywać się w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób nie wymagających hospitalizacji oraz zapewnia im kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną tych osób i ich rodzin.

Celem zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego jest zapewnienie okresowej intensywnej opieki pielęgniarskiej:

- rekonwalescentom, umożliwiającej im powrót do środowiska zamieszkania i w miarę możliwości samodzielne funkcjonowanie,
- osobom przewlekle chorym, które ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowej opieki i pielęgnacji.

Czas pobytu pacjenta w zakładzie wynosi do 6 miesięcy – przedłużenie czasu pobytu wymaga akceptacji Oddziału NFZ.

Zakład opiekuńczo-leczniczy

Zakład opiekuńczo-leczniczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących swoim zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację osób nie wymagających hospitalizacji oraz zapewnia im pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

Celem zakładu opiekuńczo-leczniczego jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niesprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Tryb kierowania⁶ do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz opiekuńczo-leczniczych

- wniosek lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lub
- wniosek lekarza prowadzącego pacjenta z oddziału szpitalnego, po zakończonym leczeniu w warunkach szpitalnych,
- wywiad pielęgniarki środowiskowo/rodzinnej wraz z oceną wg zmodyfikowanej skali Barthel.

Ważne:

- do zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego / opiekuńczo - leczniczego ogólnego nie może być przyjęty pacjent z chorobą psychiczną i/lub w terminalnej fazie choroby nowotworowej,
- kierownik zakładu ma obowiązek poinformowania lekarza POZ o objęciu pacjenta opieką długoterminową.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy/ opiekuńczo-leczniczy nie jest domem pomocy społecznej. Zakłady te przeznaczone są dla osób mających określone problemy zdrowotne, istotne deficyty w samoopiece oraz wymagających intensywnej pielęgnacji. Nie mogą więc trafiać tam osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej lub u których jedynym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna.

Pielęgniarska opieka długoterminowa

Pielęgniarską opieką długoterminową objęci są obłożnie i przewlekle chorzy przebywający w domu, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich.

Opieką w domu mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub przewlekłej choroby, którzy w ocenie wg zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów i bezwzględnie wymagają przynajmniej jednego z wymienionych świadczeń pielęgniarskich:

- kroplowe wlewy dożylny wynikające ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia,
- wykonywanie opatrunków (rany, odleżyny i owrzodzenia troficzne podudzi),

⁶ Tryb kierowania do zakładów oraz zasady odpłatności za pobyt określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166 z 1998 r. poz. 1265)

- karmienie przez zgłębnik/ przetokę,
- pielęgnacja przetoki,
- zakładanie i usuwanie cewnika (stałe zlecenie lekarskie),
- płukanie pęcherza moczowego,
- pielęgnacja rurki tracheostomijnej.

Cel pielęgniarstwa długoterminowego:

- zapewnienie świadczeń pielęgniarstwa w środowisku domowym pacjentom obłożnie chorym,
- przygotowanie chorego do samoopieki i samopielęgnacji, kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością.

Tryb kierowania:

- wniosek lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub,
- wniosek lekarza prowadzącego pacjenta z oddziału szpitalnego, po zakończonym procesie leczenia w warunkach szpitalnych,
- zgoda pacjenta wyrażona na piśmie,
- kwalifikacja pielęgniarstwa do objęcia opieką.

Ważne:

- pielęgniarstwem długoterminowym nie mogą być objęci pacjenci w ostrej fazie choroby psychicznej i w terminalnej fazie choroby nowotworowej,
- czas objęcia chorego pielęgniarstwem długoterminowym jest warunkowany stanem zdrowia pacjenta, ale nie może przekraczać 6 miesięcy,
- w uzasadnionych przypadkach może nastąpić przedłużenie czasu objęcia opieką, ale po uzyskaniu zgody Oddziału NFZ,
- świadczenia pielęgniarstwa udzielane są w domu chorego w dni powszednie (od poniedziałku do piątku, w godz. 8.00 – 20.00) natomiast w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w medycznie uzasadnionych przypadkach,
- minimalny czas opieki bezpośredniej, przeznaczony na jednego pacjenta nie może trwać krócej niż 1,5 godziny dziennie, średnio 4 razy w tygodniu.

Pielęgniarka opieki długoterminowej nie może udzielać świadczeń dla chorych objętych opieką przez:

- Hospicjum Domowe
- Domy Pomocy Społecznej
- inne stacjonarne placówki opiekuńcze

8. PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Podstawą do uzyskania refundowanego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego jest zlecenie wystawione przez upoważnionego do wystawiania zleceń lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego. **Każde zlecenie na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, przed realizacją podlega zaewidencjonowaniu oraz potwierdzeniu przez właściwy ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego Oddział Funduszu.** W tym celu, ubezpieczeni w Lubelskim Oddziale Wojewódzkim Funduszu powinni dostarczyć zlecenie /drogą pocztową, osobiście lub przez inną osobę w ich imieniu/ do jednego z punktów potwierdzania zleceń:

Lublin: Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ,
20 -124 Lublin, ul. Szkolna 16,
tel. /081/ 53-10-608,

Biała Podlaska: Delegatura Lubelskiego OW NFZ,
21-500 Biała Podlaska, ul. Warszawska 12 c,
tel. /083/ 34-49-326,
tel. /083/ 34-49-315,

Chełm: Delegatura Lubelskiego OW NFZ,
22-100 Chełm, ul. Ceramiczna 1,
tel. /082/ 56-22-230,

Zamość: Delegatura Lubelskiego OW NFZ,
22-400 Zamość, ul. Partyzantów 3,
tel. /084/ 67-76-420,
tel. /084/ 67-76-419

Potwierdzenie zlecenia można uzyskać od poniedziałku do piątku, w godzinach 8.00-16.00.

Zlecenie na comiesięczne zaopatrzenie w środki pomocnicze (tj. pieluchomajtki, sprzęt stomijny, cewniki, worki do zbiórki moczu): Osobom uprawnionym na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza/felczera na zaopatrzenie comiesięczne, zostanie wydana **Karta Zaopatrzenia Comiesięcznego** na dany rodzaj środka pomocniczego - na okres 12 miesięcy. Nie jest wymagane każdorazowe ewidencjonowanie zlecenia przed jego realizacją. Lekarz zobowiązany jest do odnotowania w "Karcie" faktu wystawienia zlecenia. Zlecenie na comiesięczne zaopatrzenie w środki pomocnicze traci ważność po upływie 30 dni od daty wystawienia. Ubezpieczony może być zaopatrzonej jednorazowo w środki "comiesięczne", maksymalnie na okres 3 kolejnych miesięcy kalendarzowych. Świadczeniodawca zleceń ma obowiązek, przed realizacją zlecenia na comiesięczne zaopatrzenie, sprawdzenia w "Karcie Zaopatrzenia" terminu ostatniej realizacji zlecenia oraz naniesienia w niej faktu aktualnie realizowanego zlecenia.

Realizacja zlecenia następuje u każdego świadczeniodawcy mającego zawartą umowę z NFZ. Stosowna informacja znajduje się na stronach internetowych Oddziałów Wojewódzkich NFZ (odpowiednie odnośniki znajdują się na stronie Lubelskiego OW: www.nfz-lublin.pl).

Zlecenie na przedmioty ortopedyczne i pozostałe środki pomocnicze: Ponowne przyznanie zaopatrzenia może nastąpić po upływie okresu jego użytkowania, określonym w rozporządzeniu.⁷ Zlecenie traci ważność po upływie 90 dni od daty jego wystawienia. W przypadku braku przez Oddział Funduszu środków finansowych na pełne pokrycie w/w zaopatrzenia - bieg terminu 90 dni ulega zawieszeniu na czas oczekiwania w kolejce na potwierdzenie zlecenia (ubezpieczony ma prawo do informacji na temat pozycji zajmowanej na liście). Ubezpieczony może zrealizować potwierdzone i zaewidencjonowane zlecenie u świadczeniodawcy zleceń, posiadającego umowę z Funduszem.

Ważne:

- inwalidom wojennym i wojskowym oraz osobom represjonowanym przysługuje prawo do bezpłatnych (do wysokości limitu) przedmiotów

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki (Dz. U. z 2004 r. Nr 276, poz. 2739)

ortopedycznych i środków pomocniczych, na podstawie zlecenia lekarza lub felczera.

Zasady uzyskiwania i potwierdzania wniosków na naprawę

Podstawą do naprawy przedmiotu ortopedycznego /podlegającej refundacji/ jest potwierdzony do realizacji przez właściwy ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego Oddział Funduszu - wniosek ubezpieczonego na wykonanie naprawy. Wniosek można pobrać w Lubelskim Oddziale Wojewódzkim NFZ lub w Delegaturach Lubelskiego Oddziału (w Białej Podlaskiej, Chełmie, Zamościu).

Wniosek na naprawę traci ważność po upływie 30 dni od czasu jego wystawienia. Ważność wniosku liczona jest do dnia przedstawienia u świadczeniodawcy - wniosku do realizacji. Naprawy przedmiotów ortopedycznych są refundowane w okresie użytkowania tych przedmiotów (po upływie gwarancji), do kwoty ustalonego limitu ceny. **W ramach gwarancji** ubezpieczonemu przysługuje bezpłatna naprawa bądź wymiana przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, w terminie 14 dni od zgłoszenia reklamacji.

9. RATOWNICTWO MEDYCZNE I TRANSPORT SANITARNY

Ratownictwo medyczne

Pogotowie ratunkowe udziela świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodujących zagrożenie życia. Świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego udzielane są bez skierowania.

Alarmowy numer pogotowia ratunkowego: 999

Transport sanitarny

Decyzję o konieczności zapewnienia pacjentowi transportu sanitarnego podejmuje lekarz.

Na podstawie oceny stanu zdrowia, lekarz stwierdza czy pacjentowi przysługuje transport sanitarny i czy będzie on bezpłatny, częściowo lub całkowicie odpłatny dla ubezpieczonego⁸.

⁸ Zgodnie z zapisami: art. 41 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku w sprawie wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego (Dz. U. Z 2004 r. Nr 275, poz. 2731)

Pacjentowi, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego **przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego**, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem w przypadkach:

- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
- wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia,

Ponadto pacjentowi, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego - w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia - do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem.

W przypadkach wyżej nie wymienionych, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego pacjentowi **przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością**. Transport ten przysługuje pacjentom, którzy:

- nie wymagają konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub kontynuacji leczenia,
- nie posiadają dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem.

Przy określaniu stopnia niesprawności lekarz uwzględnia:

- możliwość samodzielnego poruszania się oraz konieczność pomocy drugiej osoby przy korzystaniu ze środków transportu publicznego,
- ogólny stan zdrowia.

W zależności od wskazań medycznych ustalonych przy określaniu grupy jednostki chorobowej, wyróżnia się dwa stopnie niesprawności:

niesprawność I stopnia – do której zalicza się osobę zdolną do poruszania się przy wykorzystaniu środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych bez stałej pomocy innej osoby i zdolną do korzystania ze środków transportu publicznego (udział własny ubezpieczonego w kosztach przewozu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100 proc.),

niesprawność II stopnia - do której zalicza się osobę zdolną do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagającą przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych (udział własny

ubezpieczonego w kosztach przewozu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60 proc.).

Lekarz zlecający transport sanitarny uzgadnia termin transportu.

Jeżeli transport sanitarny jest częściowo lub całkowicie odpłatny przez pacjenta lekarz umieszcza stosowną informację na zleceniu.

10. ŚWIADCZENIA NIEFINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Świadczenia opieki zdrowotnej niefinansowane ze środków publicznych bez względu na zakres ich zastosowania:

- szczepienia ochronne niewchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych,
- zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia,
- operacje zmiany płci
- świadczenia w zakresie akupunktury, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w leczeniu bólu przewlekłego
- zabiegi przyrodolecznicze i rehabilitacyjne w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych i ambulatoryjnym leczeniu uzdrowiskowym niezwiązane z chorobą podstawową będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
- poradnictwo seksuologiczne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyłączeniem osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
- poradnictwo psychoanalityczne,
- ozonoterapia,
- autoszczepionki,
- magnetoterapia z zastosowaniem stałego pola magnetycznego,
- laseropunktura,
- akupresura,
- zooterapia,
- diagnostyka i terapia z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, ludowej, orientalnej.

Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych w poszczególnych zakresach zastosowania znajduje się w załączniku do Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135).

III. INFORMACJE DODATKOWE

1. NAGŁE ZACHOROWANIA

W stanach nagłych⁹ świadczenia zdrowotne **są udzielane bez skierowania.**

W sytuacji nagłego zachorowania, pacjent ma prawo do uzyskania pomocy medycznej w każdym zakładzie opieki zdrowotnej, który posiada z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych (porada lekarska oraz ewentualne badania diagnostyczne są bezpłatne).

Jeżeli natomiast pacjent zdecyduje się na uzyskanie porady medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej, nie posiadającym z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń, musi liczyć się z koniecznością uiszczenia opłaty za udzielone świadczenia jak i ewentualne badania diagnostyczne.

Jedynie **w przypadkach nagłych** pacjent ma prawo do refundacji przez Fundusz kosztów niezbędnych świadczeń zdrowotnych udzielonych przez lekarza lub zakład opieki zdrowotnej, który nie jest związany umową z Funduszem, wówczas gdy wykaże, iż nie miał innej możliwości uzyskania pomocy.

2. KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH

Pacjent, który w dniu zgłoszenia nie może uzyskać świadczenia specjalistycznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej/ świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalu, jest wpisywany przez świadczeniodawcę na listę oczekujących:

- poradnia/ szpital – wpisując dane pacjenta na listę oczekujących oraz przekazując mu pisemną informację na ten temat z podaniem terminu – zobowiązuje się do udzielenia określonego świadczenia;
- na tę samą poradę czy zabieg pacjent nie może zapisać się do kilku kolejek jednocześnie – jedno skierowanie pozwala wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy;
- o kolejności przyjęć pacjentów decydują dwa kryteria:
 - kolejność zgłoszenia,
 - „względy medyczne”;

⁹ Stan nagły zgodnie z Ustawą z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 113, poz. 1207, z późn. zm). – stan wywołany czynnikiem zewnętrznym lub przyczyną wewnętrzną, prowadzący do szybkiego pogarszania się zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być zagrożenie życia

- jednak w czasie, gdy ubezpieczony będzie czekać w kolejce, a jego stan zdrowia ulegnie pogorszeniu – może zgłosić się do świadczeniodawcy w celu oceny wskazań medycznych do szybszego udzielenia świadczenia. W wypadku gdy pogorszenie stanu zdrowia będzie poważne – pomoc medyczna powinna być udzielona natychmiast;
- może zdarzyć się, że poradnia/ szpital nie będzie w stanie dotrzymać wyznaczonego terminu i przesunie poradę/ hospitalizację na termin późniejszy – zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany do poinformowania pacjenta o każdej zmianie i jej przyczynach w każdy możliwy sposób.

Informacje o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, przekazywane przez świadczeniodawców związanych umową z Funduszem są publikowane na stronach internetowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ.

W Lubelskim OW NFZ informacje dotyczące średniego czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej pod nazwą „WYKAZ KOLEJEK” są dostępne na stronie internetowej: www.nfz-lublin.pl w zakładce „Dla Świadczeniobiorców/ Pacjentów”. Można je również uzyskać telefonicznie pod numerem: (0-81) 94-88.

3. LEKI I ICH REFUNDACJA

Pacjentowi na podstawie recepty wystawionej przez lekarza/felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza/felczera, który posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z NFZ umowę upoważniającą do wystawiania recept recept refundowanych, przysługuje zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne. Refundowane leki wydawane są bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością. Wykazy leków refundowanych oraz rodzaj odpłatności za nie określają odpowiednie rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Ponadto refundowane są leki recepturowe sporządzone w aptece, spełniające określone warunki.

Ważne:

- farmaceuta ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na receptce (**leku o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym**), którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy lekarz umieścił na receptce adnotację „nie zamieniać”,

- leki recepturowe sporządzane są w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od złożenia recepty przez pacjenta, a w przypadku recepty na lek recepturowy zawierający środki odurzające lub oznaczonej „wydać natychmiast” - w ciągu 4 godzin.

Termin realizacji recept:

- nie może przekroczyć **7 dni** od daty jej wystawienia w przypadku recepty na **antybiotyki** oraz recepty wystawionej w ramach **pomocy doraźnej**,
- nie może przekroczyć **60 dni** od daty jej wystawienia w przypadku realizacji recepty na leki sprowadzane z zagranicy dla użytkowników indywidualnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach, jak również na preparaty immunologiczne wytwarzane dla indywidualnego pacjenta,
- nie może przekroczyć **30 dni** od daty jej wystawienia dla pozostałych recept.

Osoby uprzywilejowane

Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi

Pacjentowi posiadającemu tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” przysługuje bezpłatne (do wysokości limitu) zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających oraz leki, które może stosować w związku z oddawaniem krwi.

Inwalidzi wojskowi

Inwalidom wojskowym przysługuje bezpłatne (do wysokości limitu) zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających.

Inwalidzi wojenni

Inwalidom wojennym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych uprawnionym do renty rodzinnej, a także osobom represjonowanym, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, które jednocześnie są:

- oznaczone symbolem Rp w decyzji dopuszczającej do obrotu,
- wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową

Żołnierzom odbywającym zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniącym służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydatom na żołnierzy zawodowych przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki umieszczone w wykazach leków podstawowych i uzupełniających oraz leki recepturowe.

Ważne:

- wszystkie osoby uprzywilejowane są zobowiązane do okazania lekarzowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia (np. honorowi dawcy krwi – legitymacji „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, inwalidzi wojenni – książki inwalidy wojennego),
- dokument potwierdzający uprawnienia przedstawiany jest także w aptecce, przy realizacji recepty.

4. DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Zakład opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację medyczną¹⁰:

- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta,
- zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
- właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru,
- Ministrowi Zdrowia, sądom i prokuratorom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem,
- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek,
- organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,

¹⁰ Art.18 ust.3, pkt.1-8. Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.)

- rejestrów usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów,
- zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej.

Dokumentacja medyczna może być udostępniana także:

- szkole wyższej lub,
- jednostce badawczo-rozwojowej

do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Udostępnianie dokumentacji medycznej pacjenta **regulują odpowiednie rozporządzenia Ministra Zdrowia**¹¹.

Ważne:

- **dokumentacja indywidualna wewnętrzna i dokumentacja zbiorcza** udostępniana jest na wniosek pacjenta którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej, a w razie śmierci pacjenta – osoby przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, na miejscu w zakładzie, za pośrednictwem lekarza prowadzącego,
- **sporządzanie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej** następuje na koszt wnioskodawcy, za pokwitowaniem,
- **udostępnianie dokumentacji wewnętrznej pacjenta na zewnątrz zakładu opieki zdrowotnej** organom i podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów następuje na podstawie decyzji kierownika zakładu,
- **w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji medycznej mogłaby narazić pacjenta na szkodę zdrowotną** - decyzję o udostępnianiu wewnętrznej dokumentacji na zewnątrz, innym zakładom lub lekarzowi może podjąć ordynator oddziału, lekarz prowadzący lub inny lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem,
- **udostępnianie dokumentacji na zewnątrz zakładu** następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych, za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli udostępnia się oryginał dokumentacji,

¹¹ Zasady udostępniania dokumentacji medycznej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88, poz. 966 z późn. zm.)

- **w razie wydania oryginałów dokumentacji** należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.

Ponadto do historii zdrowia i choroby dołącza się pisemne oświadczenie pacjenta, o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia.

Do historii zdrowia i choroby można dołączyć **kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, także odpisy lub kopie innych dokumentów medycznych, przedstawionych przez pacjenta oraz** adres i numer telefonu przedstawiciela pacjenta, opiekuna lub osoby uprawnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o stanie jego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Koszty jednej strony dokumentacji medycznej /kopii, wyciągów, odpisów/ nie mogą przekraczać 0,0001 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

Jedna strona kserokopii dokumentacji
medycznej:

25 gr*

** dotyczy I kwartału 2005 roku*

5. ZDROWIE W UNII EUROPEJSKIEJ

Z chwilą przystąpienia Polski do Unii Europejskiej obywatele naszego kraju nabyli takie same prawa i obowiązki jak obywatele innych państw członkowskich Unii. Na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego jakie posiadają w Polsce, są uprawnieni do otrzymania bezpłatnych lub refundowanych do odpowiedniej wysokości świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w krajach Unii.

Zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w danym państwie członkowskim zależy zarówno od charakteru pobytu w tym państwie (np. zamieszkanie na stałe, pobyt turystyczny), jak również od charakteru grupy uprawnień określonej przepisami UE do której należy dana osoba (np. pracownik, emeryt, student).

W celu skorzystania z opieki zdrowotnej w innym kraju członkowskim UE należy dopełnić przewidziane prawem unijnym formalności. Podstawą udzielenia świadczenia jest dokument potwierdzający uprawnienia. Służy do tego właściwy

formularz serii E 100. Formularze, na wniosek ubezpieczonego, wydają właściwe oddziały wojewódzkie NFZ.

Wniosek oraz informacje dotyczące leczenia w krajach Unii Europejskiej są dostępne na stronie internetowej: www.nfz-lublin.pl w zakładce „Zdrowie w UE”. Można je również uzyskać zgłaszając się osobiście do siedziby Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Lublinie przy ul. Koryznowej 2d lub też do jego Delegatur:

- w Białej Podlaskiej przy ul. Warszawskiej 12c,
- w Chełmie przy ul. Ceramicznej 1,
- w Zamościu przy ul. Partyzantów 3.

Informacje dotyczące procedury wystawiania formularzy serii E 100 można uzyskać również telefonicznie dzwoniąc pod numer: (081) 94-88.

6. SKŁADANIE SKARG I WNIOSKÓW

Skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie, ustnie bądź telefonicznie. Skargi przyjmują świadczeniodawcy oraz Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku gdy skarga dotyczy niewłaściwego postępowania pracownika zakładu opieki zdrowotnej, należy interweniować bezpośrednio u przełożonego, w szpitalu jest nim ordynator, natomiast w przychodni - kierownik. Skargę pacjent może skierować również do dyrektora zakładu opieki zdrowotnej. Jest to najszybsza droga do wyjaśnienia sytuacji, będącej przedmiotem skargi.

Jeżeli jednak skarżący nie jest zadowolony ze sposobu załatwienia sprawy, wówczas po pomoc może zwrócić się do Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

W przypadku, gdy pacjent uważa, iż personel medyczny popełnił błąd w procesie leczenia bądź postępuje sprzecznie z zasadami etyki zawodowej, instytucją kompetentną do rozpatrzenia sprawy jest Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Izby Lekarskiej. W kwestii natomiast zastrzeżeń do pracy pielęgniarek lub położnych, skargę pacjent może skierować do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowy Izby Pielęgniarek i Położnych.

Skargi i wnioski w Lubelskim Oddziale Wojewódzkim NFZ przyjmują:

**Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ**

ul. Szkolna 16
20-124 Lublin
/pok. 2, tel. (081) 53-10-545/
codziennie w godzinach 8.00-16.00

**Wydział Spraw Świadczeniobiorców
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ**

ul. Koryznowej 2d
/pok. 3, tel. (081) 74-83-657 wew. 164/
codziennie w godzinach 8.00 – 16.00

Dyrektor Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

ul. Szkolna 16
20-124 Lublin
/pok. 42, tel. (081) 53-10-504/
/po wcześniejszym umówieniu spotkania/

**Zastępcy Dyrektora
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ**

ul. Szkolna 16
20-124 Lublin
/pok. 6, tel. 53-10-510/
/po wcześniejszym umówieniu spotkania/

**Skargi i wnioski można składać również w Delegaturach
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ:**

21-500 Biała Podlaska, ul. Warszawska 12 c
tel. (083) 34-49-326, 34-49-315

22-100 Chełm, ul. Ceramiczna 1
tel. (082) 56-22-230

22-400 Zamość, ul. Partyzantów 3
tel. (084) 67-76-406

7. KARTA PRAW PACJENTA

Karta Praw Pacjenta została ogłoszona przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej 11 grudnia 1998 roku. Poniżej publikujemy Kartę Praw Pacjenta dostosowaną do stanu prawnego obowiązującego na dzień 1.01.2005 r.

KARTA PRAW PACJENTA

podstawowe unormowania prawne
wynikające z ustawy zasadniczej - Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 r.
(Dz. U. Nr 78, poz. 483)
określone w ustawach:

- z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 91.91.408 z późn. zm.)
- z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 94.111.535 z późn. zm.)
- z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 95.138.682 z późn. zm.)
- z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 01.57.602 z późn. zm.)
- z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 02.21.204 z późn. zm.)

I. Prawa pacjenta wynikające z bezpośredniego stosowania przepisów Konstytucji

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia - art. 68 ust. 1.
2. Każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonych w ustawie - art. 68 ust. 2.

II. Prawa pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, o których stanowi ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r.

1. Pacjent zgłaszający się do zakładu opieki zdrowotnej ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności - art. 7.
2. Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do:
 1. świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia

odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń - art. 19 ust. 1 pkt 1, art. 20 ust. 1, pkt 1 i art. 26,

2. udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym - art. 9 ust. 1 i art. 10,
3. informacji o swoim stanie zdrowia - art. 19 ust. 1 pkt 2,
4. wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji - art. 19 ust. 1 pkt.3,
5. intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych - art. 19 ust. 1 pkt 4,
6. udostępniania mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniana - art. 18 ust. 3 pkt 1,
7. zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby - art. 18 ust. 2,
8. dostępu do informacji o prawach pacjenta - art. 19 ust. 6.

a ponadto, w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych np. w szpitalu, sanatorium, zakładzie leczniczo-opiekuńczym, pacjent przyjęty do tego zakładu ma prawo do:

9. zapewnienia mu:
 - a) środków farmaceutycznych i materiałów medycznych - art. 20 ust. 1 pkt 2 i art. 26,
 - b) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia - art. 20 ust. 1 pkt 3 i art. 26,
 - c) opieki duszpasterskiej - art. 19 ust. 3 pkt 3,
10. dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie - art. 19 ust. 3 pkt 1,
11. kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz - art. 19 ust. 3 pkt 2,
12. wskazania osoby lub instytucji, którą zakład opieki zdrowotnej obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia albo w razie jego śmierci - art. 20 ust. 2 i art. 26,
13. wypisania z zakładu opieki zdrowotnej na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w tym zakładzie - art. 22 ust. 1 i 3 oraz art. 26,

3. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych pogotowia ratunkowego w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia - art. 28.

III. Prawa pacjenta określone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 1996 r.

Pacjent ma prawo do:

1. udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością - art. 4,
2. uzyskania od lekarza pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach nie cierpiących zwłoki --art. 30,
3. uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu - art. 31 ust. 1,
4. zażądania od lekarza informacji o swoim stanie zdrowia i o rokowaniu wówczas, gdy sądzi, że lekarz ogranicza mu informację z uwagi na jego dobro - art. 31 ust. 4,
5. decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji - art. 31 ust.2,
6. wyrażenia żądania aby lekarz nie udzielał mu informacji, o których mowa w pkt. 3 - art. 31 ust. 3,
7. nie wyrażenia zgody na przeprowadzenie przez lekarza badania lub udzielenia mu innego świadczenia zdrowotnego - art. 32 ust. 1,
8. wyrażenia zgody albo odmowy na wykonanie mu zabiegu operacyjnego albo zastosowania wobec niego metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko; w celu podjęcia przez pacjenta decyzji lekarz musi udzielić mu informacji, o której mowa w pkt 3 - art. 34 ust. 1 i 2,
9. uzyskania od lekarza informacji jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu, bądź stosowania określonej metody leczenia lub diagnostyki, w związku z wystąpieniem okoliczności stanowiących zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, lekarz dokonał zmian w ich zakresie - art. 35 ust. 2,
10. poszanowania przez lekarza jego intymności i godności osobistej - art.36 ust.1,

11. wyrażania zgody albo odmowy na uczestniczenie przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych osób innych niż personel medyczny niezbędny ze względu na rodzaj świadczeń - art. 36 ust. 1 i 2,
12. wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego - art. 37,
13. dostatecznie wcześniejszego uprzedzenia go przez lekarza o zamiarze odstąpienia od jego leczenia i wskazania mu realnych możliwości uzyskania określonego świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w zakładzie opieki zdrowotnej - art. 38 ust. 2,
14. zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim a uzyskanych przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu - art. 40 ust. 1,
15. uzyskania od lekarza informacji o niekorzystnych dla niego skutkach, w przypadku wyrażenia zgody na ujawnienie dotyczących go informacji, będących w posiadaniu lekarza - art. 40 ust. 2 pkt 4,
16. wyrażania zgody lub odmowy na podawanie przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta - art. 40 ust. 4,
a ponadto pacjent, który ma być poddany eksperymentowi medycznemu ma prawo do:
 1. wyrażenia zgody lub odmowy na udział w eksperymencie medycznym po uprzednim poinformowaniu go przez lekarza 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 - art. 24 ust. 1, art. 25 ust. 1 i art. 27 ust. 1,
 2. poinformowania go przez lekarza o niebezpieczeństwie dla zdrowia i życia jakie może spowodować natychmiastowe przerwanie eksperymentu - art. 24 ust. 2,
 3. cofnięcia zgody na eksperyment medyczny w każdym stadium eksperymentu - art. 27 ust. 1,

IV. Prawa pacjenta określone w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z 1996r.

Pacjent ma prawo do:

1. udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, położną, posiadającą prawo wykonywania zawodu, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością - art. 18,
2. udzielania mu pomocy przez pielęgniarkę, położną, zgodnie z posiadanymi przez nią kwalifikacjami, w każdym przypadku niebezpieczeństwa utraty przez niego życia lub poważnego uszczerbku na jego zdrowiu - art. 19,

3. uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o jego prawach - art. 20 ust. 1,
4. uzyskania od pielęgniarki, położnej informacji o swoim stanie zdrowia, w zakresie związanym ze sprawowaną przez pielęgniarkę, położną, opieką pielęgnacyjną - art. 20 ust. 2,
5. zachowania w tajemnicy informacji związanych z nim, a uzyskanych przez pielęgniarkę, położną w związku z wykonywaniem zawodu - art. 21 ust. 1,
6. wyrażania zgody lub odmowy na podawanie przez pielęgniarkę, położną do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta - art. 21 ust. 4.

V. Prawa pacjenta określone w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z 1994r.

Pacjent z zaburzeniami psychicznymi, chory psychicznie lub upośledzony umysłowo ma prawo do:

1. bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych mu przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej - art. 10 ust. 1,
2. bezpłatnych leków i artykułów sanitarnych oraz pomieszczenia i wyżywienia, jeżeli przebywa w szpitalu psychiatrycznym będącym publicznym zakładem opieki zdrowotnej - art. 10 ust. 2,
3. zapewnienia mu rodzaju metod postępowania leczniczego właściwych nie tylko z uwagi na cele zdrowotne, ale także ze względu na interesy oraz inne jego dobro osobiste i dążenie do jego poprawy zdrowia w sposób najmniej dla pacjenta uciążliwy - art. 12,
4. porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami, w przypadku gdy przebywa w szpitalu psychiatrycznym albo w domu pomocy społecznej - art. 13,
5. wystąpienia o okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania go z zakładu - art. 14,
6. uprzedzenia go o zamiarze zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego; dopuszczenie zastosowania tego środka wobec pacjenta musi wynikać z ustawy - art. 18,
7. uprzedzenia o zamiarze przeprowadzenia badania psychiatrycznego bez jego zgody oraz podania przyczyn takiej decyzji; badanie takie może być przeprowadzone, jeżeli zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolny do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych - art. 21 ust. 1 i 2,
8. wyrażenia zgody lub odmowy na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, z wyłączeniem sytuacji, gdy przepisy ustawy dopuszczają przyjęcie do

- szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta - art. 22 ust. 1 i art. 23, 24 oraz 29,
9. poinformowania i wyjaśnienia mu przez lekarza przyczyny przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w sytuacji, gdy nie wyraził na to zgody oraz uzyskania informacji o przysługujących mu w tej sytuacji prawach - art. 23 ust. 3,
 10. cofnięcia uprzednio wyrażonej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego - art. 28,
 11. niezbędnych czynności leczniczych mających na celu usunięcie przyczyny przyjęcia go do szpitala bez jego zgody i zapoznania go z planowanym postępowaniem leczniczym - art. 33 ust. 1 i 2,
 12. wypisania ze szpitala psychiatrycznego, jeżeli przebywa w nim bez wyrażenia przez siebie zgody, jeżeli ustały przyczyny jego przyjęcia i pobytu w szpitalu psychiatrycznym bez takiej zgody - art. 35 ust. 1,
 13. pozostania w szpitalu w sytuacji, o której mowa w pkt 17, za swoją później wyrażoną zgodą, jeżeli w ocenie lekarza, jego dalszy pobyt w tym szpitalu jest celowy - art. 35 ust. 2,
 14. złożenia, w dowolnej formie, wniosku o nakazanie wypisania go ze szpitala psychiatrycznego - art. 36 ust. 1,
 15. wystąpienia do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego, po uzyskaniu odmowy wypisania ze szpitala na wniosek - art. 36 ust. 3,
 16. złożenia wniosku o ustanowienie kuratora, jeżeli przebywając w szpitalu psychiatrycznym potrzebuje pomocy do prowadzenia wszystkich swoich spraw, albo spraw określonego rodzaju - art. 44 ust. 1, oraz ma prawo do tego, aby osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy zachowały w tajemnicy wszystko co go dotyczy, a o czym powzięły wiadomość wykonując czynności wynikające z ustawy - art. 50 ust. 1.

VI. Prawa pacjenta określone w ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 1995 r.

1. Pacjent ma prawo do:
 1. wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów - art. 4 i art. 5 ust. 1-4,
 2. dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy, jeżeli ma pełną zdolność do czynności prawnych - art. 9 ust. 1 pkt 7,
 3. ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą - art. 12 ust. 1.

2. 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 - art. 13.

IV. WAŻNE TELEFONY/ ADRESY

Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Lublinie

20-124 Lublin, ul. Szkolna 16

Kancelaria tel. (081) 5310500 do 502, fax. 5310528

Sekretariat Dyrektora tel. (081) 5310504, fax. 5310503

Z-cy Dyrektora ds. Medycznych tel. (081) 5310510, fax. 5310529

Z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych tel. (081) 5310510, fax. 5310529

Z-cy Dyrektora ds. Służb Mundurowych tel. (081) 5310510, fax. 5310529

Rzecznik Praw Pacjenta tel. (081) 5310545

Telefon Informacyjny : (081) 9488, (081) 7483657 wew. 173

Sekcja Lecznictwa Uzdrowiskowego

20-137 Lublin, ul. Koryznowej 2d

Tel. (081) 7483657, 7482469, fax. (081) 7482480

Delegatury:

21-500 Biała Podlaska, ul. Warszawska 12c

Sekretariat tel. (083) 3449300, fax. 3449321

22-100 Chełm, ul. Ceramiczna 1

Sekretariat tel. (082) 5622200, fax. 5622201

22-400 Zamość, ul. Partyzantów 3

Sekretariat tel. (084) 6776400, fax. 6776421

Zapraszamy na naszą stronę internetową

<http://www.nfz-lublin.pl>

e-mail: info@nfz-lublin.pl

Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala

ul. Grójecka 186; 02-390 Warszawa

Tel. (022) 572 60 00, fax. (022) 572 63 33

<http://www.nfz.gov.pl>

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15; 00-952 Warszawa

Tel. (022) 634 96 00 centrala telefoniczna – zgłasza się telefonistka

Tel. (022) 644 9 + numer wew. – telefon bezpośredni

<http://www.mz.gov.pl>

Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia

ul. Długa 38/40; 00-238 Warszawa, tel./fax. (022) 635 75 78