

ABC opieki zdrowotnej

**Informator Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia**



**Lublin
Marzec 2007**

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>

Druk: Drukarnia „Multidruk”, 20-126 Lublin, ul. Unicka 4

ISBN: 83-918981-6-4

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	14
Student/ uczeń.....	15
Nocna i świąteczna opieka medyczna.....	15
Ambulatoryjna nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska	15
Wyjazdowa nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska	16
Transport sanitarny w POZ.....	16
2. AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE.....	16
3. STOMATOLOGIA	18
4. LECZENIE SZPITALNE.....	21
5. REHABILITACJA	22
6. LECZENIE UZDROWISKOWE	28
7. OPIEKA NAD PACJENTEM CHORYM PRZEWLEKLE.....	31
8. PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE	37
9. POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY	39
10. ŚWIADCZENIA NIEFINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH.....	41
III. INFORMACJE DODATKOWE	42
1. NAGŁE ZACHOROWANIA.....	42
2. KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH.....	43
3. LEKI I ICH REFUNDACJA.....	44
4. DOKUMENTACJA MEDYCZNA	46
5. ZDROWIE W UNII EUROPEJSKIEJ	48
6. SKŁADANIE SKARG I WNIOSKÓW	48
7. KARTA PRAW PACJENTA.....	50
IV. WAŻNE TELEFONY/ ADRESY	54

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 pobierającym stypendium w okresie odbywania stażu lub przygotowania zawodowego;
- osobom innym, niż ubezpieczonym, posiadającym obywatelstwo polskie i posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium RP, korzystającym z opieki pomocy społecznej¹;
- 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;

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.).

- małżonek;
- 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 pobyt rezydenta długoterminowego² Wspólnot Europejskich, 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;

² rezydent długoterminowy – obywatel państwa trzeciego, który posiada status rezydenta długoterminowego

- cudzoziemców – członków zakonów oraz alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantów, nowicjuszy i juniorystów zakonów i ich odpowiedników - nie posiadających obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, przebywających na terytorium Polski na podstawie wizej, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego WE³, 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 korzystającego⁴ 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, 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.

³ zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego WE – oznacza dokument pobytowy wydany przez dane Państwo Członkowskie w związku z uzyskaniem statusu rezydenta długoterminowego

⁴ 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).

Podstawą korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej jest comiesięczne opłacanie należnej składki zdrowotnej, zgodnie z zapisami umowy dobrowolnego ubezpieczenia.

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 pieczętą 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 /UWAGA: w przypadku emerytów i rencistów otrzymujących świadczenie na rachunek bankowy od 1 października 2005 r. – dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne jest ostatni odcinek za wrzesień 2005 lub zaświadczenie z ZUS/;
- 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 pieczętą 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 socjalnej⁵:
 - 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.

⁵ 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 ubezpieczony **ma prawo wolnego wyboru** lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), położnej i pielęgniarki środowiskowej spośród tych, którzy mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyboru takiego dokonuje poprzez złożenie "deklaracji wyboru" (druki deklaracji mają lekarze, pielęgniarki i położne).

Ważne:

- **w stanach nagłych, schorzeniach ostrych i nagłych zachorowaniach**, a także w innych stanach wymagających pilnej interwencji, gdy wymaga tego stan zdrowia pacjenta, porada udzielana jest w dniu zgłoszenia,
- **w schorzeniach przewlekłych** świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym z pacjentem,
- **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,
- **ubezpieczony ma prawo do bezpłatnych świadczeń** z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej poza miejscem zamieszkania 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.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych⁶ wykonywanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Świadczenia w zakresie profilaktyki:

- koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zapewnia wykonywanie szczepień, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz informuje o szczepieniach zalecanych,
- uczestniczy w realizacji programów profilaktycznych,

2. Świadczenia w zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób:

- planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia pacjenta,
- przeprowadza badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta,
- wykonuje testy lub zleca wykonanie badań dodatkowych, a w szczególności laboratoryjnych i obrazowych,
- kieruje pacjenta na konsultacje specjalistyczne/ do jednostek lecznictwa zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne,
- dokonuje interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców,
- orzeka o stanie zdrowia pacjenta w oparciu o osobiste badanie i dokumentację medyczną,
- Świadczenia w zakresie leczenia chorób:
- planuje i uzgadnia z pacjentem postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
- zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne,
- wykonuje zabiegi i procedury medyczne,
- kieruje do: lekarzy specjalistów, do oddziałów lecznictwa stacjonarnego, do zakładów opieki długoterminowej, pielęgniarstwa długoterminowej opieki domowej, leczenia uzdrowiskowego,
- orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki zgodnie z odrębnymi przepisami,

3. 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,

⁶ Szczegółowy zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r., Nr 214, poz. 1816).

- zleca wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych przez świadczeniodawców,
- zleca wydanie pacjentowi przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zgodnie z odrębnymi przepisami.

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 stosowanych 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,
- edukacja w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych oraz informowanie o szczepieniach zalecanych,

2. Świadczenia diagnostyczne:

- przeprowadzanie wywiadu środowiskowego,
- ocena ogólnego stanu zdrowia podopiecznego,
- wykonywanie badania fizykalnego,
- wykonywanie testów diagnostycznych poza laboratorium w oparciu o zestawy i aparaturę przeznaczoną do wykonywania oznaczeń w miejscu zamieszkania pacjenta,

3. Świadczenia lecznicze:

- dobór technik karmienia, w zależności od stanu chorego,
- wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,

- podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych,
 - cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet,
 - opatrywanie ran, odleżyn, oparzeń, zdejmowanie szwów,
 - stawianie baniek lekarskich,
 - wykonywanie inhalacji,
 - udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach,
4. Świadczenia rehabilitacyjne:
- rehabilitacja przyłóżkowa w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i długotrwałego unieruchomienia,
 - usprawnianie 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-ginekologiczno-neonatologicznej. 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.

Położna ma obowiązek posiadania nesesera położnej środowiskowo/rodzinnej, który wyposażony powinien być w podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez położną środowiskową/rodzinną:

1. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki:
- edukacja zdrowotna kobiety we wszystkich okresach życia w zakresie samoobserwacji i podejmowania działań likwidujących czynniki ryzyka nowotworowego,
 - profilaktyka chorób ginekologicznych i patologii położniczych,
 - przygotowanie do porodu z uwzględnieniem porodu rodzinnego,
 - poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią,
 - edukacja w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową,

2. Świadczenia diagnostyczne:

- monitorowanie rozwoju ciąży fizjologicznej,
- wykonywanie badania położniczego u kobiet,
- monitorowanie przebiegu porodu i rozwoju noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia,
- obserwacja i ocena rozwoju psychoruchowego noworodka i niemowlęcia,

3. Świadczenia lecznicze:

- udzielanie pomocy położniczej i neonatologicznej w stanach nagłych do czasu przybycia lekarza,
- przyjmowanie porodu nagłego w warunkach domowych,
- udzielanie pomocy w okresie laktacji,
- cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet, usuwanie cewnika, płukanie pęcherza,

4. Świadczenia pielęgnacyjne:

- planowanie, realizacja i ocena opieki pielęgnacyjnej nad: kobietą w okresie ciąży, porodu, porodu, noworodkiem i niemowlęciem do drugiego miesiąca życia, kobietą ze schorzeniami ginekologicznymi,
- przygotowanie kobiety do samoopieki i samopielęgnacji,

5. Świadczenia rehabilitacyjne:

- ćwiczenia usprawniające w ciąży, porodu i schorzeniach ginekologicznych,
- wykonywanie drenażu ułożeniowego u kobiety,
- prowadzenie gimnastyki oddechowej, relaksacyjnej, przygotowującej do porodu oraz porodu.

Opieka pielęgniarki szkolnej

Pielęgniarka szkolna zobowiązana jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz uczniów objętych świadczeniami z zakresu profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania, określonych w odrębnych przepisach. Świadczenia pielęgniarki szkolnej realizowane są w szkole, w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

Ważne:

- pielęgniarka szkolna udziela pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc,
- 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, w przypadku studentów i 10 miesięcy – od września do czerwca, w przypadku uczniów) i w miejscu stałego zamieszkania - na miesiące wakacyjne (odpowiednio na 3 lub 2 miesiące w roku). Zasada ta dotyczy również dziecka studenta/ ucznia, 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).

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

Nocna i świąteczna opieka medyczna

Pacjenci mają zabezpieczoną opiekę z zakresu nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej 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 podmiotu wskazanego przez lekarza rodzinnego. Stosowna informacja powinna znajdować się w każdej przychodni POZ, w miejscu widocznym nawet po zamknięciu placówki.

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, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji.

W przypadku konieczności wezwania zespołu ratownictwa medycznego, odpowiednio lekarz lub pielęgniarka pozostaje w miejscu udzielania świadczenia do czasu przyjazdu zespołu.

Wyjazdowa nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska

Świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej udzielane są w domu pacjenta w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub konieczności zachowania ciągłości leczenia. 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 pielęgniarskie udzielane w domu pacjenta, wynikające z ciągłości zachowania leczenia i pielęgnacji.

W przypadku stwierdzenia konieczności wezwania pogotowia ratunkowego lekarz lub pielęgniarka pozostaje w domu pacjenta do czasu przyjazdu karetki.

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, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy), 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 „Pomoc doraźna i transport sanitarny”).

2. AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są **na podstawie skierowania** lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Skierowanie dla ubezpieczonego **nie jest wymagane** do 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 ma prawo wyboru lekarza specjalisty, spośród świadczeniodawców posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

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 (kryteria umieszczania pacjentów na liście reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia⁷, więcej nt. list oczekujących w rozdziale „Kolejki oczekujących”),
- **w medycznie uzasadnionych przypadkach** lekarz specjalista udziela porad w domu pacjenta,
- **badania diagnostyczne** są dla ubezpieczonego bezpłatne na podstawie skierowania, w laboratorium/ pracowni, wskazanej przez lekarza,
- **rejestracja pacjentów** odbywa się na podstawie zgłoszenia: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej.

Lekarz kierujący ubezpieczonego 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.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).

W przypadku gdy pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonywania badań kontrolnych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowanie na te badania wydaje oraz pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarza specjalistę:

- badanie lekarskie: podmiotowe i przedmiotowe, przeprowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zakończone postawieniem diagnozy wstępnej lub ostatecznego rozpoznania,
- udzielanie albo zlecenie niezbędnych świadczeń diagnostycznych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ordynowanie koniecznych leków,
- wystawianie zleceń na refundowane przez NFZ przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne (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), leczenie uzdrowskowe lub rehabilitację leczniczą,
- orzekanie o stanie zdrowia w zakresie określonym w ustawie,
- niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych,
- udzielanie innych niezbędnych świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych właściwych dla danej specjalności.

3. STOMATOLOGIA

Świadczenia stomatologiczne przysługują pacjentowi bez skierowania. Pacjent ma prawo do bezpłatnych **gwarantowanych świadczeń** stomatologicznych⁸. Korzystając z usług stomatologa w ramach ubezpieczenia zdrowotnego pacjent **obowiązany jest przedstawić dowód ubezpieczenia zdrowotnego**.

⁸ Wykaz gwarantowanych świadczeń stomatologicznych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2004 r., w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentystry i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń (Dz. U. Nr 261, poz. 2601).

Ważne:

- **pacjent zgłaszający się z bólem** powinien otrzymać pomoc w dniu zgłoszenia,
- **pacjentowi przysługuje leczenie protetyczne** z zastosowaniem ruchomych częściowych i całkowitych protez akrylowych raz na 5 lat. Naprawa protez przysługuje raz na 2 lata. Na stronie internetowej Lubelskiego OW NFZ: www.nfz-lublin.pl w Wyszukiwarce „Uprawnienia do wykonywania protez zębowych” można sprawdzić czy dana osoba (sprawdzanie odbywa się po numerze PESEL) w ostatnich latach miała wykonaną protezę lub naprawę.
- **dziecku do ukończenia 12 roku życia przysługuje leczenie aparatem ortodontycznym** do zdejmowania jedno- i dwuszczękowym. Bezpłatna kontrola po zakończeniu leczenia oraz naprawa aparatu (raz w roku) przysługuje wyłącznie dzieciom leczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego do ukończenia 13 lat. Nie przysługuje wymiana i naprawa aparatu uszkodzonego z powodu nieprawidłowego użytkowania,
- stałe aparaty ortodontyczne nie są finansowane przez Fundusz,
- za świadczenia i materiały stomatologiczne nie ujęte w wykazie świadczeń gwarantowanych pacjent ponosi pełną odpłatność.

Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz **kobiety w ciąży i w okresie połogu** (trwającego 42 dni od dnia porodu) 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 świadczeń zdrowotnych,
- kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień.

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 niektórych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarza stomatologa:

- badanie lekarskie: podmiotowe i przedmiotowe, przeprowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zakończone postawieniem diagnozy wstępnej lub ostatecznego rozpoznania,
- udzielanie albo zlecenie udzielenia niezbędnych świadczeń diagnostycznych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, ordynowanie koniecznych leków i zlecanie wyrobów medycznych, będących środkami pomocniczymi,
- kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne,
- wydawanie opinii i orzekanie o stanie zdrowia w zakresie określonym w ustawie,
- edukacja i promocja zachowań prozdrowotnych.

Wykaz Świadczeniodawców Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ udzielających świadczeń zdrowotnych w 2007 roku 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	całodobowo
2	NZOZ Extra-Dent	23-200 Kraśnik, Niepodległości 23/18	(081) 8254854	soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	7.00 – 19.00
3	Niepubliczny Stomatologiczny ZOZ	23-300 Janów Lubelski, ul. Kilińskiego 3/1	(015) 8723050	soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	7.00 – 19.00
4	NZOZ „Lekarze Specjaliści”	20-352 Lublin, ul. Topolowa 7	(081) 7444441	soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	7.00 – 19.00
5	NZOZ Przychodnia Specjalistyczna „Hipoteczna 4”	20-078 Lublin, ul. Hipoteczna 4	(081) 5325081	dni robocze soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	19.00 – 7.00 całodobowo
6	NZOZ Centrum Stomatologiczne	24-100 Puławy, ul. Wróblewskiego 18	(081) 8867310	soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	7.00 – 19.00
7	NZOZ „Prima-Med.” Prywatna Przychodnia Stomatologiczno-Medyczna	24-100 Puławy ul. Lubelska 25	(081) 8877025	soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	7.00 – 19.00
8	SPZOZ w Tomaszowie Lubelskim	22-600 Tomaszów Lubelski, Al. Grunwaldzkie 1	(084) 6644441	soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	7.00 – 19.00
9	Wielospecjalistyczne Centrum Stomatologiczne	22-400 Zamość ul. Kilińskiego 4	(084) 6931131	soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	7.00 – 19.00
10	Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Stomatologiczna	21-400 Łuków ul. A. Struga 9	(025) 7983799	Soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy	7.00-19.00

4. 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.

Ważne:

- **w stanie nagłym** (tj. w stanie, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia lub życia) świadczenia zdrowotne udzielane są 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 przyjęcia pacjenta do szpitala w dniu zgłoszenia, pacjent wpisywany jest na **listę oczekujących**,
- 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,
- w razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu przyjęcia na leczenie, świadczeniodawca w każdy możliwy sposób informuje pacjenta o nowym terminie udzielenia świadczenia.

Pacjent ubiegający się o udzielenie świadczenia jest zobowiązany przedstawić dowód ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku stanu nagłego – 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 udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej.

W razie nie przedstawienia dokumentu w/w określonych terminach świadczenie zostaje udzielone na koszt pacjenta.

5. REHABILITACJA

Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych – specjalistyczne świadczenie zdrowotne lub zbiór świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych (w poradni rehabilitacyjnej) lub w sytuacjach medycznie uzasadnionych w domu pacjenta. Obejmuje ona swoim zakresem:

- poradę rehabilitacyjną lekarską, tj. badanie lekarskie, ocenę ogólnego stanu zdrowia, ustalenie programu usprawniania/cykladzabiegów rehabilitacyjnych, końcową ocenę procesu usprawniania (z wyłączeniem badań diagnostycznych), wypisanie skierowań na konsultację i badania dodatkowe, wypisanie zleceń na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, wypisanie wniosku do opieki społecznej oraz innych zleceń i wniosków,
- poradę rehabilitacyjną lekarską dla noworodków i niemowląt, tj. badanie lekarskie obejmujące poza ww. dodatkowo ocenę: rozwoju psychoruchowego, neurofizjologicznego, deformacji i ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych, ocenę percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem,
- poradę fizjoterapeutyczną, tj. świadczenie realizowane przez specjalistę fizjoterapii, polegające na badaniu czynnościowym narządu ruchu i zaplanowaniu postępowania fizjoterapeutycznego, zgodnie ze stanem zdrowotnym pacjenta oraz końcowej ocenie procesu usprawniania,
- zabieg fizjoterapeutyczny, tj. świadczenie wymienione w Katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych obejmujące: kinezyterapię, masaż, elektrolecznictwo, leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo, hydroterapię, kąpiele, krioterapię, balneoterapię.

Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej oraz na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. W skierowaniu lekarz podaje przyczynę kierowania na rehabilitację, wskazując rozpoznanie jednostki chorobowej oraz określa rodzaj zlecanych zabiegów, ich liczbę, parametry zabiegu i okolicę ciała.

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

- rehabilitacji medycznej,
- balneoklimatologii i medycyny fizykalnej,

magister rehabilitacji/fizjoterapii lub magister wychowania fizycznego o kierunku rehabilitacji/fizjoterapii, na podstawie przeprowadzonych badań czynnościowych narządu ruchu ustala szczegółowy program rehabilitacji. Zmiany zaleceń lekarza kierującego wymagają uzasadnienia na skierowaniu.

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne związane z dysfunkcją narządu ruchu wywołane wadami postawy, może wystawić tylko lekarz poradni rehabilitacji leczniczej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w tym poradni wad postawy), a szczegółowy program usprawniania pacjenta opracowuje magister rehabilitacji/fizjoterapii lub magister wychowania fizycznego o kierunku rehabilitacji/fizjoterapii.

Rehabilitacja w warunkach domowych obejmuje swoim zakresem porady lekarskie i zabiegi fizjoterapeutyczne w miejscu zamieszkania/przebywania pacjenta, który ze względu na brak możliwości samodzielnego przemieszczania się nie może dotrzeć do placówek udzielających świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.

Rehabilitacja domowa powinna obejmować pacjentów rokujących poprawę. Realizowana jest u chorych 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, zapalenie wielomięśniowe, guzy mózgu, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba Parkinsona),
- chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu do 6 miesięcy po operacji,
- stanami po urazach kończyn dolnych do 6 miesięcy po urazie.

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

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

Czas trwania rehabilitacji w warunkach domowych wynosi do 4 tygodni, z możliwością powtarzania cyklu usprawniania co 12 tygodni. W przypadkach kiedy istnieją wskazania do kontynuowania rehabilitacji, powyżej 8 tygodni w ciągu roku – Fundusz finansuje dalszą rehabilitację domową na podstawie szczegółowego uzasadnienia lekarza prowadzącego. Lekarz powinien podać również okres czasu, na który rehabilitacja zostaje przedłużona.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach oddziału/ośrodka rehabilitacji dziennej – świadczenia udzielane pacjentom, którzy ze względu na stan zdrowia nie mogą korzystać z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, a nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego. Rehabilitacja obejmuje: porady lekarskie, działania z zakresu neuropsychologii, logopedii, psychoterapii, nie mniej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie.

Czas trwania rehabilitacji wynosi 3-6 tygodni.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach oddziału stacjonarnego szpitalnego - całodobowe świadczenia udzielane w warunkach oddziału rehabilitacji, pacjentom wymagającym całodobowego nadzoru medycznego. Obejmuje swym zakresem kompleksową fizjoterapię, badania diagnostyczne.

Kwalifikacja pacjentów do tego rodzaju rehabilitacji – do 42 dni od zabiegu operacyjnego, zaostrzenia schorzenia reumatycznego, 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,

oraz w przypadku zaostrzeń schorzeń przewlekłych przez lekarzy poradni:

- rehabilitacyjnych,
- urazowo-ortopedycznych,
- neurologicznych,
- reumatologicznych.

W przypadku schorzeń przewlekłych, których stan uległ zaostrzeniu, skierowanie może wystawić lekarz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym lekarz POZ. Lekarz oddziału rehabilitacyjnego po ocenie stanu pacjenta, dokonuje kwalifikacji i ustala termin przyjęcia do oddziału.

Czas trwania rehabilitacji wynosi 3-6 tygodni. Pacjenci powinni być usprawniani przez 6 dni w tygodniu (w zależności od stanu klinicznego).

Rehabilitacja neurologiczna w warunkach oddziału stacjonarnego realizowana jest w oddziałach rehabilitacji neurologicznej i w oddziałach o profilu

ogólnorehabilitacyjnym (spełniające wymogi kwalifikacyjne i wyposażenia stawiane dla oddziału rehabilitacji neurologicznej).

Kwalifikacja przeprowadzana jest na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta, dysfunkcji układu nerwowego i oceny stopnia inwalidztwa (wg zmodyfikowanej skali Rankina).

Rehabilitacja neurologiczna wczesna – udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych oddziału rehabilitacji neurologicznej.

Skierowanie wystawiane jest przez lekarzy oddziałów:

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

w wyjątkowych przypadkach (z wyłączeniem ciężkich uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego) skierowanie może wystawić lekarz poradni neurologicznej.

Kwalifikacja pacjentów do tego rodzaju rehabilitacji – do 3 miesięcy po przebytych ostrym 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. W przypadku potrzeby dalszego przedłużenia rehabilitacji, fakt ten musi być udokumentowany dynamiczną, wymierną poprawą stanu zdrowia odnotowaną w historii choroby.

Rehabilitacja neurologiczna wtórna - udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych oddziału rehabilitacji neurologicznej.

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 wczesna ciężkich uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego (w tym paraplegii i tetraplegii) - udzielanie świadczeń w warunkach stacjonarnych oddziału rehabilitacji neurologicznej.

Kwalifikacja pacjentów - na tego rodzaju rehabilitację kierowani są pacjenci z bardzo ciężkim stopniem inwalidztwa, całkowicie zależni od otoczenia, wymagający stałej pomocy osoby drugiej. Po zakwalifikowaniu pacjent przyjmowany jest bezpośrednio z oddziału kierującego.

Czas trwania rehabilitacji wynosi 6 – 16 tygodni (w uzasadnionych medycznie przypadkach okres ten może być skrócony).

Rehabilitacja neurologiczna wtórna ciężkich uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego - udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych oddziału rehabilitacji neurologicznej.

Skierowanie wystawiane jest przez lekarzy z poradni specjalistycznych.

Kwalifikacja pacjentów - na tego rodzaju rehabilitację kierowani są pacjenci z bardzo ciężkim stopniem inwalidztwa, całkowicie zależni od otoczenia, wymagający stałej pomocy osoby drugiej. Decyzję o leczeniu w oddziale szpitalnym podejmuje lekarz oddziału rehabilitacyjnego, ustalając termin przyjęcia pacjenta do oddziału.

Czas trwania rehabilitacji wynosi 3 – 9 tygodni (w uzasadnionych medycznie przypadkach czas ten może być przedłużony lub skrócony).

Rehabilitacja kardiologiczna realizowana jest w oddziałach rehabilitacji kardiologicznej i w oddziałach/ośrodkach dziennej rehabilitacji kardiologicznej.

Rehabilitacja kardiologiczna wczesna - udzielanie świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych oddziału rehabilitacji kardiologicznej.

Skierowanie pacjenta powinno nastąpić bezpośrednio z oddziału szpitalnego (kardiologii, kardiologii, oddziału chorób wewnętrznych).

Czas trwania rehabilitacji wynosi:

- po zawale serca, operacji wieńcowej lub zastawkowej – do 4 tygodni,
- po koronaroplastyce, ostrym incydencie wieńcowym bez wykonania koronaroplastyki, operacjach kardiologicznych bez wykonania sternotomii wynosi – do 2 tygodni.

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 kardiologiczna w warunkach oddziału/ośrodka dziennego

- realizacja świadczeń zdrowotnych odbywa się w oparciu o indywidualnie dobrany dla pacjenta program treningowy przygotowany we współpracy ze specjalistą kardiologiem, na podstawie wyników badań diagnostycznych oraz dokumentacji medycznej pacjenta.

Skierowanie chorego powinno nastąpić bezpośrednio z oddziału szpitalnego (kardiologii, kardiologii, oddziału wewnętrznego), a w wyjątkowych przypadkach przez lekarza poradni kardiologicznej.

Kwalifikacja pacjentów:

- zawał mięśnia sercowego,
- plastyka naczyń wieńcowych,
- zabiegi kardiologiczne.

Czas rehabilitacji: do 8 tygodni (max. do 24 osobodni).

Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach oddziału stacjonarnego

– udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych w procesie leczenia powikłanych lub przedłużających się chorób płuc - pacjentom, którzy z uwagi na kontynuację leczenia wymagają kompleksowych czynności rehabilitacyjnych w warunkach stacjonarnych.

Kwalifikacja dorosłych:

- przewlekłe nieżyty oskrzeli, zanikowe, śluzowe, śluzowo-ropne (po przebytych zaostrzeniach z zaburzeniami wentylacji),
- rozedma i pylica płuc z towarzyszącym nieżytem oskrzeli,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc, po zaostrzeniach,
- astma oskrzelowa, po zaostrzeniach,
- stany po przebytych odoskrzelowym zapaleniu płuc (do 3 tygodnia od zakończenia leczenia),
- stan po przebytych wysiękowym zapaleniu opłucnej (do 3 tygodnia od zakończenia leczenia),
- stany przed i pooperacyjne w obrębie dróg oddechowych.

Kwalifikacja dzieci:

- nawracające zapalenia oskrzeli, zespoły zatokowo-oskrzelowe, rozstrzenie oskrzeli z towarzyszącym nieżytem, astma oskrzelowa,

- stany po: zapaleniu płuc (do 3 tygodnia od zakończenia leczenia), po przebytych zespołach zaburzeń oddechowych, po aspiracji ciała obcego, po zabiegach torakochirurgicznych,
- mukowiscydoza,
- wrodzone wady układu oddechowego,
- wszelkie nawracające schorzenia dróg oddechowych towarzyszące innym przewlekłym chorobom (np. epilepsja i inne schorzenia neurologiczne lub zespoły złego wchłaniania),
- zespół nercycowy, wrodzone wady serca, wady postawy, itp.

Skierowanie do oddziału rehabilitacji pulmonologicznej wystawia lekarz z oddziału szpitalnego (pulmonologii, torakochirurgii, kardiologii, laryngologii, onkologii, oddziału chorób wewnętrznych, pediatrii - w zakresie rehabilitacji wieku rozwojowego). W uzasadnionych medycznie przypadkach skierowanie może być wystawione przez lekarza poradni chorób płuc lub poradni alergologicznej.

Czas trwania rehabilitacji w warunkach oddziału stacjonarnego wynosi:

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

Przeciwwskazania do rehabilitacji pulmonologicznej, również wieku rozwojowego:

- 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,
- promienica płuc
- zaawansowana pylica,
- astma oskrzelowa wymagająca hospitalizacji,
- rozstrzenie oskrzeli z obfitą wydzieliną i towarzyszącym zapaleniem,
- stany przebiegające z krwiotokiem i po niedawno przebytych krwotokach.

6. LECZENIE UZDROWISKOWE

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

Ocenę celowości skierowania przeprowadza lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej oddziału wojewódzkiego Funduszu, wskazując rodzaj i miejsce leczenia uzdrowiskowego. Lekarzowi specjalście przysługuje także 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 przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia uzdrowiskowego - nie potwierdza skierowania. Zwracane jest ono lekarzowi, który je wystawił, a pisemna informacja przekazywana jest świadczeniobiorcy. Na niepotwierdzenie skierowania przez Oddział Funduszu nie przysługuje odwołanie.

Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym jest bezpłatny i odbywa się w ramach zwolnienia lekarskiego.

Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym jest częściowo odpłatny przez ubezpieczonego i odbywa się w ramach urlopu wypoczynkowego.

Wysokość odpłatności określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie leczenia uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 94, poz.655)

Odpłatność za pobyt w sanatorium uzdrowiskowym obowiązująca od 1 lipca 2006 roku

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	22,50	29,00
Pokój 1 os. w studio	18,40	26,00
Pokój 1 os. bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	17,40	23,50
Pokój 2 os. z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	13,80	20,00
Pokój 2 os. w studio	11,70	17,50
Pokój 2 os. bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	10,00	14,00
Pokój wieloosobowy z pełnym węzłem sanitarnym	8,70	10,20
Pokój wieloosobowy studio	7,70	9,20
Pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	7,20	8,70

W przypadku leczenia sanatoryjnego ambulatoryjnego pacjent, w ramach potwierdzonego skierowania, ma zapewnione bezpłatne zabiegi rehabilitacyjne. Świadczeniobiorca ponosi koszty pobytu (we własnym zakresie zapewnia sobie zakwaterowanie i wyżywienie) oraz uzgadnia termin rozpoczęcia leczenia z zakładem lecznictwa uzdrowskiego, do którego otrzymał skierowanie nie później niż 14 dni przed planowaną datą rozpoczęcia leczenia.

Dzieci w wieku od 3 do 18 lat mogą być kierowane na szpitalne i sanatoryjne leczenie uzdrowskowe. Leczenie dzieci jest bezpłatne.

Dzieci w wieku od 3 do 6 lat mogą być kierowane na leczenie uzdrowskowe 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 uzdrowskowe przez cały rok, zaś młodzież ponadgimnazjalna korzysta z leczenia uzdrowskowego w okresie wolnym od nauki.

Ważne:

- 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,
- okres ważności skierowania do szpitala i sanatorium uzdrowskiego wynosi 12 miesięcy od daty wystawienia skierowania. Skierowanie po utracie ważności odsyłane jest do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego celem weryfikacji. O utracie ważności skierowania pacjent powiadamiany jest pisemnie,
- NFZ nie organizuje i nie pokrywa kosztów podróży na leczenie uzdrowskowe i z leczenia uzdrowskiego,
- pacjent ponosi koszty opłaty klimatycznej.

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 (np. pobyt w szpitalu),

potwierdzone odpowiednim dokumentem.

W przypadku uzasadnionego zwrotu skierowania Fundusz wyznacza nowy termin realizacji skierowania, zgodnie z pierwotną datą wpływu skierowania. Nieuzasadniony zwrot skierowania traktowany jest jak złożenie nowego skierowania.

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.

7. OPIEKA NAD PACJENTEM CHORYM PRZEWLEKLE

Opieka długoterminowa przeznaczona jest dla osób obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, w których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Do stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej nie mogą być przyjmowane osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej lub, u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna albo zaawansowana choroba nowotworowa.

Oddział dla przewlekle chorych

W oddziale dla przewlekle chorych zapewnia się całodobową opiekę i leczenie osób, które przebyły fazę leczenia szpitalnego w oddziałach opieki krótkoterminowej, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, lecz wymagają dalszej hospitalizacji.

Ważne:

- do oddziału kierowany jest pacjent bezpośrednio przez lekarza prowadzącego z innego oddziału szpitalnego,
- w oddziale pacjent może przebywać czasowo – średni czas pobytu wynosi 30 dni,
- w przypadku przewidywanej konieczności kontynuacji opieki długoterminowej, świadczeniodawca zobowiązany jest do podjęcia działań w celu umieszczenia pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym bądź pielęgnacyjno-opiekuńczym przed upływem 30 dni.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy i opiekuńczo-leczniczy

Zadaniem zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego jest okresowe, a w przypadku zakładu opiekuńczo-leczniczego okresowe lub stałe objęcie całodobową pielęgnacją i kontynuacja leczenia⁹ osób przewlekle chorych. Do zakładów kierowane są również osoby, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym są niezdolne do samoopieki. Wymagają również kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia okresowej intensywnej opieki pielęgniarstwa.

Do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego o profilu ogólnym nie może być przyjęty pacjent w ostrej fazie choroby psychicznej lub w terminalnej fazie choroby nowotworowej. W przypadku chorych z rozpoznaną chorobą psychiczną niezbędne jest przedstawienie zaświadczenia wydanego przez specjalistę psychiatrę o braku przeciwwskazań do pobytu w zakładach o profilu ogólnym.

Tryb kierowania oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w zakładach:

- **publicznych** – określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. 98.166 poz. 1265) oraz Karta oceny stanu samoobsługi pacjenta wypełniona przez pielęgniarkę środowiskową.
- **niepublicznych** – decyzję o przyjęciu do zakładu podejmuje dyrektor zakładu w porozumieniu z lekarzem zakładu, w oparciu o Kartę oceny stanu samoobsługi pacjenta oraz o w/w dokumentację.

W przypadku skierowania chorego na pobyt czasowy do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego, czas pobytu wynosi 6 miesięcy. Przedłużenie czasu pobytu w medycznie uzasadnionych przypadkach wymaga pisemnej akceptacji Oddziału NFZ.

⁹ Kontynuacja leczenia oznacza dalsze postępowanie medyczne odpowiadające stanowi zdrowia pacjenta, w tym podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych, niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym, po indywidualnej ocenie lekarza zakładu opieki długoterminowej.

Zakład opiekuńczo-leczniczy dla pacjentów w stanie wegetatywnym

Zakład dla pacjentów w stanie wegetatywnym¹⁰ udziela całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z niekorzystnym rokowaniem, w stosunku do których zakończono postępowanie lecznicze. Pacjenci ci nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, chirurgii, neurochirurgii, neurologii i kardiologii, ale wymagają kompleksowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej i rehabilitacji.

Zakład opiekuńczo-leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Zakład dla pacjentów wentylowanych mechanicznie udziela całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej obłożnie chorym z niewydolnością oddechową, wymagających stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, którzy wyrażą świadomą zgodę na ten typ leczenia. W przypadku dzieci wymagana jest zgoda opiekunów prawnych.

Domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie

Domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie jest to opieka nad obłożnie chorymi z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej (prowadzonej przez rurkę tracheostomijną) bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy kaski) ciągłej lub okresowej terapii oddechowej przy pomocy respiratora. Ten rodzaj opieki przeznaczony jest dla pacjentów niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej, jednak wymagających stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, którzy wyrażą świadomą zgodę na ten typ leczenia, a w przypadku dzieci zgodę opiekunów prawnych.

Domową opieką nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie mogą być objęci chorzy, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, aby mogło być zapewnione bezpieczeństwo pacjenta podczas terapii.

Zasady prowadzenia wentylacji w warunkach domowych:

- wyposażenie chorych w niezbędny sprzęt medyczny

¹⁰ stan wegetatywny (apaliczny) jest zespołem objawów występujących najczęściej w przebiegu ciężkiego uszkodzenia mózgu, pojawia się najczęściej jako następstwo długotrwałej śpiączki.

- stworzenie poczucia bezpieczeństwa chorym i ich najbliższym poprzez zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych przez 24 h na dobę we wszystkie dni w tygodniu

Ciągłą lub okresową terapią oddechową przy pomocy respiratora, w warunkach domowych, mogą być objęci pacjenci:

- z udokumentowanym zakończonym leczeniem przyczynowym
- w pełni zdiagnozowani (wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja).

Podstawą do objęcia opieką pacjenta wentylowanego mechanicznie w warunkach domowych jest skierowanie lekarza prowadzącego pacjenta w oddziale szpitalnym. Do skierowania należy dołączyć:

- kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
- wyniki badań będących w posiadaniu pacjenta lub jego rodziny-opiekunów,
- kwalifikację lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.

Pielęgniarska opieka długoterminowa

Pielęgniarska opieka długoterminowa jest to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Pacjenci objęci tą opieką nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego i z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej. Wymagają jednak, ze względu na istniejące problemy zdrowotne, systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej.

Cel pielęgniarskiej opieki długoterminowej:

- zapewnienie świadczeń pielęgniarskich w środowisku domowym pacjentom obłożnie chorym,
- przygotowanie chorego (i jego rodziny) do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością.

Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej mogą być zakwalifikowani pacjenci przewlekle chorzy, niezdolni do samoopieki, którzy w ocenie stanu samoobsługi pacjenta otrzymali 6 punktów lub mniej i wymagają bezwzględnie realizacji przynajmniej jednego z wymienionych świadczeń pielęgniarskich przez okres powyżej 2 tygodni:

- kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia,
- wykonywania zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach, odleżynach, troficznych owrzodzeniach podudzi i trudno gojących się ranach,
- karmienia przez zgłębnik i przez przetokę,
- płukania pęcherza moczowego,
- pielęgnacji pacjenta z rurką tracheostomijną,
- zakładanie i usuwanie cewnika (stałe zlecenie lekarskie).

Podstawą objęcia chorego pielęgniarstwą opieką długoterminową jest:

- skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (na odpowiednim druku),
- kwalifikacja pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową.

Pielęgniarka opieki długoterminowej zobowiązana jest do współpracy i informowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej, do których pacjent złożył deklaracje wyboru, o rozpoczęciu i zakończeniu udzielania świadczeń. Pielęgniarka informuje również o istotnych zmianach w stanie zdrowia pacjenta, w tym skutkujących brakiem kryteriów zakwalifikowania pacjenta do pielęgniarstwowej opieki długoterminowej.

Ważne:

- pielęgniarka opieki długoterminowej działa na obszarze o promieniu średnio do 30 km,
- pielęgniarka opieki długoterminowej nie może udzielać świadczeń chorym objętym opieką przez hospicjum domowe, przez inne stacjonarne placówki opieki długoterminowej oraz chorym w ostrej fazie choroby psychicznej,
- czas objęcia chorego opieką jest warunkowany stanem zdrowia pacjenta, ale nie może przekraczać 6 miesięcy (w uzasadnionych przypadkach może nastąpić przedłużenie tego okresu, za zgodą Oddziału Funduszu).

Opieka paliatywna/hospicyjna

Opieka paliatywna/hospicyjna jest wszechstronną, całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby, sprawowaną zazwyczaj u kresu życia lub w fazie znacznego zaawansowania choroby. Opieka ta ma na celu w szczególności zapobieganie i uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych

oraz łagodzenie cierpień psychicznych. Opieka paliatywna/hospicyjna obejmuje również wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby jak i po śmierci chorego w okresie osierocenia. Celem tych działań, sprawowanych przez wielodyscyplinarny zespół, jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin.

Warunki objęcia chorego opieką paliatywną:

- wskazania medyczne, które określa lekarz z zespołu opieki paliatywnej,
- faza znacznego zaawansowania choroby,
- potrzeby chorego, w zakresie opieki paliatywnej,
- zgoda pacjenta lub jego rodziny na objęcie opieką paliatywno-hospicyjną wyrażona na piśmie; w przypadku dzieci przez rodziców/ opiekunów, a po 16 r. życia także przez chore dziecko,
- skierowanie od lekarza.

Oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne

Oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne przeznaczony jest głównie dla pacjentów z chorobą nowotworową, chociaż mogą być również przyjmowani chorzy z innymi schorzeniami, bez nadziei na wyleczenie. Średni czas pobytu w oddziale/ hospicjum wynosi 30 dni.

Hospicjum domowe

Hospicjum domowe działa na obszarze o promieniu średnio do 30 km. Wizyta hospicjum domowego odbywa się w dniu zgłoszenia, lub w dniu następnym po uzgodnieniu z pacjentem lub rodziną. Średni czas opieki nad dorosłymi wynosi 90 dni.

W trakcie sprawowania opieki, podczas każdej wizyty chorej i ich rodziny/ opiekunowie otrzymują dokładne pisemne zlecenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego i leczniczego oraz są informowani o innych formach opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz o zasadach jej prowadzenia. Otrzymują także 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

Hospicjum domowe dla dzieci przeznaczone jest dla dzieci z chorobą nowotworową i innymi chorobami nienowotworowymi, które nie mają nadziei na wyleczenie.

Kryteria przyjęcia dziecka do hospicjum domowego:

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

Terenem działania zespołu hospicjum domowego dla dzieci jest obszar o promieniu do 100 km (czas dojazdu samochodem ok. 2 godzin).

Poradnia medycyny paliatywnej

Poradnia medycyny paliatywnej udziela porad, w tym także psychologicznych, lekarskich i pielęgniarskich wizyt domowych chorym z zaawansowaną chorobą, najczęściej nowotworową oraz udziela wsparcia rodzinie chorego.

Opieka sprawowana jest wobec chorych, którzy mogą przybyć do poradni lub, ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się, ale stabilny stan ogólny wymagają wizyt domowych. Wizyty domowe nie powinny być realizowane częściej niż raz w tygodniu. Chorzy wymagający częstszych wizyt lub ciągłej opieki w miejscu zamieszkania powinni być kierowani do hospicjum domowego.

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 – z wyłączeniem świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne/ do jednego z punktów potwierdzania zleceń:

Lublin: Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ, 20 -124 Lublin, ul. Szkolna 16, tel. /081/ 5310608, 5310592

Biała Podlaska: Delegatura Lubelskiego OW NFZ, 21-500 Biała Podlaska, ul. Warszawska 12 c, tel. /083/ 3449326, 3449315,

Chełm: Delegatura Lubelskiego OW NFZ, 22-100 Chełm, ul. Ceramiczna 1
tel. /082/ 5622230, 5622231

Zamość: Delegatura Lubelskiego OW NFZ, 22-400 Zamość, ul. Partyzantów 3
tel. /084/ 6776422

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 zaopatrzony jednorazowo w środki "comiesięczne", maksymalnie na okres 3 kolejnych miesięcy. 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.

Zlecenie na przedmioty ortopedyczne i pozostałe środki pomocnicze:

Ponowne przyznanie zaopatrzenia może nastąpić po upływie okresu jego użytkowania, określonym w rozporządzeniu.¹¹ 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, posiadającego umowę z Funduszem.

¹¹ 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 wzór zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki (Dz. U. z 2004 r. Nr 276, poz. 2739 z późn. zm).

Ważne:

- inwalidom wojennym i wojskowym oraz osobom represjonowanym przysługuje prawo do bezpłatnych (do wysokości limitu) przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, na podstawie zlecenia lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego.

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 na wolny od wad, w terminie 14 dni od zgłoszenia reklamacji.

9. POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY

Pomoc doraźna

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 ubezpieczonego.¹²

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 ubezpieczonemu **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 dla ubezpieczonych lekarz uwzględnia:

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

¹² 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, z późn. zm.) 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. Nr 275 z 2004 r., poz. 2731).

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 przyrodolecnicze i rehabilitacyjne w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych i ambulatoryjnym lecznictwie 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.

III. INFORMACJE DODATKOWE

1. NAGŁE ZACHOROWANIA

W stanach nagłych¹³ 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.

¹³ Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410) – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

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, z wyjątkiem świadczeniobiorców znajdujących się w stanie nagłym decydują następujące kryteria medyczne¹⁴:
 - „przypadek pilny” – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;
 - „przypadek stabilny” gdy pacjent może oczekiwać na świadczenie zdrowotne;
- w przypadku pogorszenia stanu zdrowia, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia – pacjent informuje o tym fakcie świadczeniodawcę, w celu oceny wskazań medycznych do wcześniejszego udzielenia świadczenia.
- w razie braku możliwości zachowania wyznaczonego pacjentowi terminu udzielenia porady specjalistycznej lub przyjęcia do szpitala – zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany do poinformowania pacjenta o zmianie terminu udzielenia świadczenia 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.

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).

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 Wyszukiwarce „Wykaz kolejek”. Można je również uzyskać telefonicznie dzwoniąc pod numer: (081) 94-88.

3. LEKI I ICH REFUNDACJA

Pacjentowi na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego ale posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z NFZ umowę upoważniającą do wystawiania recept podlegających refundacji, 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 dokonał 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 **30 dni** od daty jej wystawienia dla pozostałych recept,
- 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.

Pacjenci, którzy posiadają dodatkowe uprawnienia

1. Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu

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

2. Inwalidzi wojskowi

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

3. 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, spełniające łącznie następujące warunki:

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

Ponadto, produkty lecznicze dopuszczone do obrotu, które uzyskały pozwolenie wydane przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską.

4. 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:

- osoby posiadające dodatkowe uprawnienia do zaopatrzenia w leki są zobowiązane do przedstawienia lekarzowi wypisującemu receptę dokumentu potwierdzającego uprawnienia (np. honorowi dawcy krwi – legitymacji „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, zasłużeni dawcy przeszczepu – legitymacji „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, inwalidzi wojenni – książki inwalidy wojennego),

dokument potwierdzający uprawnienia przedstawiany jest także w aptece, przy realizacji recepty.

4. DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Zakład opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację medyczną¹⁵:

- 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,
- rejestrom 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.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej¹⁶.

¹⁵ Art.18 ust.3, pkt.1-8. ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. Nr 14, poz. 89 z 2007 r.)

¹⁶ §53 ust.1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819).

Ważne:

- **Dokumentacja udostępniana jest** podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta – osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu.

- **Do historii choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala dołącza się:**
 - imię i nazwisko osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą,
 - 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.
 - dokumentację indywidualną zewnętrzną udostępnioną przez pacjenta, a w szczególności karty informacyjne, opinie, zaświadczenia, wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego. Powyższe oryginały dokumentów zwraca się (za pokwitowaniem) pacjentowi przy wypisie.

- **Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej:**
 - **jedna strona wyciągu lub odpisu** nie mogą przekraczać 0,0015 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” na podstawie art.20 pkt.2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych
 - **jedna strona kopii dokumentacji medycznej** nie może przekraczać 0,00015 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej,
 - **sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych**, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej, nie może przekraczać 0,001 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa powyżej.

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 lub wydawana od 1 stycznia 2006 r. w Polsce – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego /EKUZ/. Formularze lub EKUZ, 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 oraz EKUZ 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 Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Skargi i wnioski w Lubelskim Oddziale Wojewódzkim NFZ przyjmują:

**Rzecznik Praw Pacjenta
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ**

ul. Szkolna 16 20-124 Lublin /pok. 2, tel. (081) 5310545/
codziennie w godzinach 8.00-16.00

**Wydział Spraw Świadczeniobiorców
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ**

ul. Koryznowej 2d
/pok. 3, tel. (081) 7483657 wew. 164/
codziennie w godzinach 8.00 – 16.00

**Dyrektor
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ**

ul. Szkolna 16, 20-124 Lublin /pok. 42, tel. (081) 5310504/
/po wcześniejszym umówieniu spotkania/

**Zastępcy Dyrektora
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ**

ul. Szkolna 16, 20-124 Lublin /pok. 6, tel. 5310510/
/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) 3449326, 3449315

22-100 **Chełm**, ul. Ceramiczna 1

tel. (082) 5622230

22-400 **Zamość**, ul. Partyzantów 3

tel. (084) 6776406

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 15.03.2007 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. 07.14.89)
- z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 94.111.535 z późn. zm.)
- z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu 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. 05.169.1411)
- z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 05.226.1943 – tekst jednolity 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.

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) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia - art. 20 ust. 1 pkt 3 i art. 26,
 - b) produktów leczniczych i materiałów medycznych - art. 20 ust. 1 pkt 1
 - 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 dentysty.

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.

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. udzielenia 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 pielęgniaczną - 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.

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

1. bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - art. 10 ust. 1,
2. bezpłatnych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych oraz pomieszczenia i wyżywienia, jeżeli przebywa w szpitalu psychiatrycznym - 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 2c, 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, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

1. Pacjent ma prawo do:
 1. wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów- art. 4, art. 5 ust. 1-4 i art. 6 ust. 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. 12 ust. 1 pkt 7,
 3. ochrony danych osobowych dotyczących dawcy i biorcy przeszczepu - art. 19 ust. 1.
 4. umieszczenia na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów – art. 17 ust.1.

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

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

Z-ca 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 Uzdrawiskowego

20-137 Lublin, ul. Koryznowej 2d

Tel./fax. (081) 7483657

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
<http://www.bpp.waw.pl>
e-mail: sekretariat@bpp.waw.pl

Infolinia Ministerstwa Zdrowia
Tel. 0-800 190-590
(pon.- pt. w godz. 9.00 – 21.00)