

**Świadczenia opieki zdrowotnej
finansowane ze środków publicznych**

VADEMECUM

2012

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych

VADEMECUM

Warszawa 2012



Narodowy Fundusz Zdrowia

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych
Vademecum 2012

praca zbiorowa pod redakcją Norberta Tyszki

© Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala
02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186

Informacje podstawowe	5
Świadczenia opieki zdrowotnej	6
Prawo do świadczeń	9
Przynależność do oddziału NFZ	11
Potwierdzenie prawa do świadczeń	12
Świadczeniodawca i jego obowiązki	17
Rejestracja	19
Skierowanie	21
Listy oczekujących	24
Dokumentacja medyczna	28
Prawa pacjenta	32
Wybrane informacje o świadczeniach	39
Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	39
Profilaktyczne programy zdrowotne	49
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	52
Leczenie szpitalne	56
Transport sanitarny	57
Opieka stomatologiczna	61
Leczenie uzdrowiskowe	64
Rehabilitacja lecznicza	68
Opieka długoterminowa	73
Opieka paliatywna i hospicyjna	77
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	79
Stany nagłe. Zagrożenie życia	82
Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	85
Leki refundowane	89
Informacje dodatkowe	95
Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne	95
Europejska karta ubezpieczenia zdrowotnego – EKUZ	99
Załączniki	103
Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej w POZ	103
Wykazy materiałów stomatologicznych	106
Wzór recepty lekarskiej	107
Identyfikatory oddziałów NFZ	108
Adresy i telefony informacyjne oddziałów NFZ	109
Rzecznik praw pacjenta	114
Wykaz komórek organizacyjnych, dla których prowadzone są listy oczekujących	115
Tablice informacyjne	116



Ustawa – Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz 1027 z późn. zm.)

Fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Świadczeniodawca – każdy podmiot, np. lekarz, pielęgniarka, poradnia, szpital, gabinet stomatologiczny czy gabinet fizykoterapii, który udziela świadczeń na podstawie umowy z NFZ.

Pacjent – świadczeniobiorca, który zwraca się o udzielenie lub korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Informacje podstawowe

Prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych to podstawowe prawa zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Odpowiedzialność za zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych spada na władze publiczne. Warunki i zakres udzielenia wspomnianych świadczeń oraz zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia dostępu do nich określa Ustawa.

W Ustawie zdefiniowane są także zasady i tryb finansowania świadczeń oraz zasady ubezpieczenia zdrowotnego, którego podstawą jest solidaryzm społeczny.

Oznacza to, że każdy ubezpieczony, bez względu na to, jak wysoka jest składka, którą płaci, otrzymuje takie same świadczenia opieki zdrowotnej.



W roku 2012 składka płacona na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru (najczęściej przychodu).

Podstawową instytucją, wskazaną w ustawie, zapewniającą i finansującą świadczenia opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W jego skład wchodzi Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich.



„Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie” (art. 15. ust. 1. Ustawy).

Świadczenia opieki zdrowotnej

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych obejmują:

Świadczenia zdrowotne, czyli wszelkie czynności służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów, a związane z:

- » badaniem i poradą lekarską,
- » leczeniem,
- » rehabilitacją leczniczą,
- » opieką nad kobietą ciężarną i dzieckiem,
- » badaniami diagnostycznymi,
- » pielęgnacją chorych i niepełnosprawnych, oraz opieką nad nimi,
- » profilaktyką zdrowotną,
- » z orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- » czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Świadczenia zdrowotne rzeczowe – leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane z procesem leczenia.

Świadczenia towarzyszące – np. zakwaterowanie i wyżywienie w placówce całodobowej lub całodziennej, czy też usługi transportu sanitarnego.

Świadczenia mogą być udzielane zarówno przez podmioty publiczne i niepubliczne, jak też przez osoby wykonujące zawód medyczny, czy przez grupową praktykę lekarską lub grupową praktykę pielęgniarek i położnych. Forma własności świadczeniodawcy nie jest istotna. Wszystkie podmioty powinny traktować pacjenta jednakowo.

Odpłatność za świadczenia

Środki na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, które są udzielane osobom ubezpieczonym, pochodzą w większości ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Leczenie pozostałych osób, innych niż ubezpieczone, pokrywane jest z budżetu państwa.



Zapewnienie przez państwo prawa do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest równoznaczne z gwarancją realizowania wszystkich rodzajów świadczeń. Nie oznacza także ich pełnej bezpłatności.

W większości przypadków leczenie jest bezpłatne i pacjent nie ponosi żadnych opłat. Zdarza się jednak, że musi pokryć koszty niektórych świadczeń.

Niefinansowane przez NFZ są świadczenia, które nie znajdują się w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniach ministra zdrowia. Z poniesieniem kosztów przez pacjenta może wiązać się także wykupienie zleconych przez lekarza leków, środków pomocniczych czy też przedmiotów ortopedycznych. Dopłacić trzeba również do zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium oraz zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Pacjent może też zostać obciążony kosztami niektórych usług transportu sanitarnego.

Pacjent powinien się liczyć także z tym, że będzie musiał pokryć koszty wydania:

- » orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych;
- » orzeczenia i zaświadczenia lekarskiego wydawanego na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie jest związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki,

uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku;

- » orzeczenia i zaświadczenia lekarskiego wydawanego na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie jest wydawane w celach pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.



Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy w celach rentowych lub ustaleniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie. Koszty wydania takiego zaświadczenia powinny obciążyć Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, a nie pacjenta.

Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia na zlecenie prokuratury lub sądu pokrywane są z budżetu państwa, jednak strony postępowania mogą zostać zobowiązane do ich pokrycia.

Prawo do świadczeń

Konstytucja gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia, jednak nie każdy ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z Ustawą, prawo do leczenia i korzystania ze świadczeń na zasadach w niej określonych mają **ubezpieczeni**, czyli:

- » wszystkie osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia;
- » zgłoszeni do ubezpieczenia **członkowie rodziny** osoby ubezpieczonej:
 - **dzieci** własne, dzieci małżonka, dzieci przysposobione, wnuki, dzieci obce, dla których ustanowiono opiekę lub dzieci obce w ramach rodziny zastępczej – do ukończenia przez nie 18. roku życia.

Jeśli dziecko kontynuuje naukę po ukończeniu 18 lat, może być zgłoszone do ubezpieczenia jako członek rodziny, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26. roku życia. Po tym czasie, o ile nie jest ubezpieczone z żadnego innego tytułu, powinno powiadomić szkołę lub uczelnię, która będzie zobowiązana zgłosić je do ubezpieczenia w NFZ.

Dzieci posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi mogą być zgłaszane do ubezpieczenia bez ograniczenia wieku.

- małżonkowie – **mąż, żona** (ale nie konkubenci).
- krewni wstępní (**rodzice, dziadkowie**) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;



Każda osoba ubezpieczona ma obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, jeśli nie mają oni innego tytułu do ubezpieczenia.

oraz:

- » osoby nieubezpieczone (posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej):
 - które spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej i otrzymały decyzję np. wójta, burmistrza,
 - dzieci i młodzież – do ukończenia 18. roku życia,
 - kobiety w okresie ciąży i połogu – do 42. dnia po porodzie;



Kryteria dochodowe do otrzymywania świadczeń pomocy społecznej obowiązujące w **2012 r.**

- » osoby samotnie gospodarujące – dochód do 477 zł;
 - » osoby w rodzinie – dochód na osobę do 351 zł.
-
- » osoby bezrobotne zarejestrowane w urzędzie pracy – podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego niezależnie od tego, czy posiadają status członka rodziny;
 - » osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – ubezpieczone w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), przebywające na terenie RP.
- Poza wymienionymi, do świadczeń mają również prawo następujące osoby:
- » które były narażone na zakażenie poprzez kontakt z osobami zakażonymi lub materiałem zakaźnym – w zakresie badań w kierunku błonicy, cholery, czerwonki, duru brzuszego, durów rzekomych A, B i C, nagminnego porażenia dziecięcego;
 - » uzależnione od alkoholu – w zakresie leczenia odwykowego;
 - » uzależnione od narkotyków;
 - » z zaburzeniami psychicznymi – w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
 - » pozbawione wolności;
 - » cudzoziemcy umieszczeni w strzeżonym ośrodku lub przebywający w areszcie w celu wydalenia;

- » posiadacze Karty Polaka, w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych, chyba że umowa międzynarodowa, w której RP jest stroną, przewiduje zasady bardziej korzystne.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych wyżej wymienionym osobom pokrywane są z budżetu państwa.

Przynależność do oddziału NFZ

Każda pacjent korzystający ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest przyporządkowany do oddziału wojewódzkiego NFZ. Przynależność do konkretnego oddziału zależy od miejsca zamieszkania i zgłoszenia. Czasowa zmiana miejsca pobytu nie pociąga za sobą konieczności jednoczesnej zmiany oddziału Funduszu. Jeżeli jednak osoba zmienia miejsce zamieszkania na stałe, powinna powiadomić o tym płatnika składki, który dokona stosownej zmiany.

Płatnikami składek są m.in.:

- » dla rolników i ich domowników – KRUS,
- » dla pracowników – pracodawca,
- » dla bezrobotnych – urząd pracy,
- » dla emerytów i rencistów – najczęściej ZUS lub KRUS,
- » dla uczniów i studentów, którzy nie są zgłoszeni jako członkowie rodziny lub nie podlegają ubezpieczeniu z innego tytułu i ukończyli 26 lat – szkoła lub uczelnia wyższa.

Wymienione instytucje zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz członków ich rodzin.

Osoby, które na przykład:

- » prowadzą pozarolniczą działalność gospodarczą,
- » ubezpieczyły się dobrowolnie,
- » są uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu,

zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego **samodzielnie**. Wszelkich zgłoszeń oraz aktualizacji dokonują w ZUS.

Dane dotyczące zgłoszeń oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne ZUS i KRUS przekazują do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Potwierdzenie prawa do świadczeń

Osoba, która zamierza skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawców, którzy mają podpisaną umowę z NFZ, ma obowiązek przedstawić potwierdzenie prawa do ich uzyskania. Obowiązek ten nie dotyczy dzieci do 6. miesiąca życia, które nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego.

Do czasu wydania Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń jest **każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej (także karta elektroniczna)**, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, np.:

dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę

- » druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni);
- » aktualne zaświadczenie z zakładu pracy lub podstemplowana legitymacja ubezpieczeniowa (od 1 stycznia 2010 roku ZUS nie wydaje już legitymacji ubezpieczeniowych).

dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą

- » druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;

dla osoby ubezpieczonej w KRUS

- » dokument określający zobowiązanie z tytułu składek wystawiony przez KRUS na rolnika lub domownika podlegającego obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu rolników, na którym ta osoba została wskazana;
- » zaświadczenie;
- » podstemplowana przez KRUS legitymacja;
- » decyzja o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników
- » dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej;

dla emerytów i rencistów

- » legitymacja emeryta lub rencisty.
W przypadku legitymacji wydanej przez ZUS numer legitymacji powinien zawierać oznaczenie oddziału NFZ (patrz s.108).

Jeżeli 3. i 4. pozycja numeru zawiera znaki „-”, legitymacja nie jest dokumentem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń zdrowotnych. W takim przypadku należy przedstawić inny dowód ubezpieczenia. Np. osoba pobierająca rentę/emeryturę ZUS, ale zamieszkała na terenie innego państwa, powinna przedstawić aktualną kartę EKUZ;

- » zaświadczenie z ZUS lub KRUS (WBA, ZER MSWiA);
- » aktualny odcinek emerytury lub renty;
- » dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg (art. 240 ust. 2 Ustawy);

dla osoby bezrobotnej

- » aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;

dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie

- » umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej;

dla członka rodziny osoby ubezpieczonej

- » dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią zgłoszenia (druki: ZUS RMUA + druk ZUS ZCNA jeżeli zgłoszenie nastąpiło po 1 lipca 2008 r. (ZUS ZCZA jeżeli zgłoszenie nastąpiło przed dniem 1 lipca 2008 r.);
- » aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę;
- » zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny;
- » legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczęcią zakładu pracy lub ZUS;
- » legitymacja emeryta/rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu, potwierdzająca dokonanie zgłoszenia w dniu 1 stycznia 1999 r. lub później, wraz z aktualnym odcinkiem wypłaty świadczenia – dotyczy tylko KRUS;
- » w przypadku dzieci uczących się – pomiędzy 18. a 26. rokiem życia – dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki – np. legitymację szkolną/studencką lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności;

- » w przypadku studentów po ukończeniu 26. roku życia – zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka;



Dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia, posiadające obywatelstwo polskie (potwierdzone np. dowodami osobistymi obojga rodziców), **mają zagwarantowane prawo do świadczeń!** Nie powinny być odsyłane z powodu braku dowodu ubezpieczenia, nawet jeżeli ubezpieczony rodzic nie dokonał zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia – mimo ustawowego obowiązku.

dla osoby nieubezpieczonej, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej

- » decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby;

dla osoby ubezpieczonej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu

- » poświadczenie wydane przez NFZ – w przypadku zamieszkiwania na terenie RP;
- » karta EKUZ (lub certyfikat ją zastępujący) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA – w przypadku pobytu na terenie RP;

dla osoby przebywającej na zasiłku chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu ubezpieczenia zdrowotnego

- » zaświadczenia z ZUS informujące o wypłacie zasiłku.
Takie osoby mają prawo do świadczeń do ostatniego dnia zwolnienia;

W przypadku braku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, pacjent, który je posiada **może złożyć oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego**, które powinno zawierać:

- » imię i nazwisko,
- » datę urodzenia,
- » PESEL,
- » nazwę instytucji, która zgłosiła pacjenta do ubezpieczenia,
- » nazwę oddziału NFZ, do którego pacjent został zgłoszony.

Jeżeli pacjent przebywający w szpitalu nie posiada aktualnego zaświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń, może taki dokument przedstawić w innym czasie:

- » nie później niż w terminie 30 dni od dnia przyjęcia,
- » lub terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia.



Niedostarczenie dokumentu w wyżej wymienionych terminach może skutkować obciążeniem pacjenta kosztami udzielonego świadczenia.

Późniejsze niż przewidziane przedstawienie dokumentu nie powinno stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów albo ich zwrotu. Powyższe zasady dotyczą także obywateli innych krajów UE lub EFTA uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

Ważność dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń

Przyjmuje się, że dokument potwierdzający prawo do świadczeń **jest ważny przez 30 dni** od:

- » **daty wystawienia** – zaświadczenie z zakładu pracy, zaświadczenia ZUS i KRUS,
- » **daty poświadczenia** – np. legitymacja ubezpieczeniowa,
- » **daty opłacenia składki** – ZUS RMUA, dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- » **daty ważności dokumentu** – legitymacja rencisty.

Wyjątkami od tej zasady są:

- » legitymacja emeryta – ważna bezterminowo,
- » zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego – do końca terminu ważności,
- » decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy – ważna 90 dni od dnia określonego w decyzji.



W przypadku stanu nagłego, brak dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia.

Ustanie prawa do świadczeń

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej **ustaje zazwyczaj po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego**, na przykład:

- » w przypadku ustania stosunku pracy (np. z tytułu umowy o pracę) – po upływie 30 dni od dnia rozwiązania umowy o pracę;
- » w przypadku zakończenia prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej – po upływie 30 dni od dnia zakończenia prowadzenia takiej działalności;
- » w przypadku osób zatrudnionych, pozostających na urlopie bezpłatnym – po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu;
- » w przypadku osób bezrobotnych – po upływie 30 dni od dnia utraty statusu bezrobotnego;
- » w przypadku śmierci osoby, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia – członkowie rodziny tracą prawo do świadczeń po upływie 30 dni od daty śmierci.

Osobom, które:

- » ukończyły szkołę średnią lub wyższą lub zostały skreślone z listy uczniów lub studentów – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje **przez 4 miesiące** od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów;
- » ubiegają się o przyznanie emerytury lub renty – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń;
- » pobierają zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie pobierania przez te osoby zasiłku;
- » mają zawieszane prawa do renty socjalnej – w przypadkach, o których mowa w art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz. U. Nr 135, poz. 1268, z późn. zm.) – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 90 dni od ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

Po tym upływie tego czasu osoba, która chce nadal korzystać ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia w NFZ, powinna uzyskać inne prawo do ubezpieczenia, np. ubezpieczyć się dobrowolnie. Jeżeli tego nie uczyni, może ponieść samodzielnie koszty udzielonych jej świadczeń.

Świadczeniodawca i jego obowiązki

Świadczeniodawca to np. lekarz, pielęgniarka, położna, poradnia, szpital, gabinet stomatologiczny czy gabinet fizykoterapii, który udziela świadczeń na podstawie umowy z NFZ. Do jego podstawowych zadań i obowiązków należą:

- » opieka i udzielanie pomocy medycznej pacjentom zgodnie z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- » wykonywanie świadczeń przez uprawnione, posiadające odpowiednie kwalifikacje osoby;
- » przyjmowanie pacjentów w pomieszczeniach, wyposażonych w certyfikowany, atestowany sprzęt medyczny, odpowiadających określonym standardom;
- » przyjmowanie pacjentów w ustalonym, możliwie najkrótszym, terminie;
- » przestrzeganie praw pacjenta;
- » rejestracja pacjentów;
- » informowanie pacjenta.



Lekarz udzielający świadczeń w ramach umowy z NFZ nie może w godzinach wykazanych w harmonogramie pracy udzielać świadczeń odpłatnie (komercyjnie).

Pierwszy kontakt

Każdy świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach umowy z Funduszem musi umieścić na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, **tablicę informacyjną z logo NFZ i nazwą świadczeniodawcy** (patrz s. 116 – Wzór tablicy).

Taka tablica jest znakiem dla pacjenta, że w tym miejscu może skorzystać ze świadczeń w ramach ubezpieczenia w NFZ. Dlatego powinna znajdować się w miejscu widocznym i ogólnodostępnym.

Jeśli w tym samym budynku mieszczą się także inne poradnie, które nie zawarły umowy z Funduszem, logo powinno wskazywać jednoznacznie, gdzie udzielane są bezpłatne świadczenia zdrowotne.

Oprócz tablicy informacyjnej, w dobrze widocznym miejscu powinny znaleźć się:

- » informacje o godzinach i miejscach przyjęć oraz o osobach, które przyjmują pacjentów;
- » informacje o miejscach i godzinach pracy podwykonawców, np. laboratoriów, do których kierowani są pacjenci;
- » zasady zapisów na porady i wizyty, także domowe;
- » informacje o możliwości zapisania się na listę oczekujących;
- » informacje o trybie składania skarg i wniosków.

Na tablicy ogłoszeń powinny zostać umieszczone także:

- » wykaz praw pacjenta;
- » adres oraz numer telefonu Rzecznika Praw Pacjenta;
- » numery telefonów alarmowych ratownictwa medycznego: **112** i **999**.

Dodatkowo w **poradni lekarza POZ** powinna znaleźć się informacja o tym, kto i gdzie udziela pomocy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w nocy i dni świąteczne.

Rejestracja



Przy udzielaniu świadczeń nie obowiązuje rejonizacja.

Punkt rejestracji jest miejscem, w którym dochodzi do pierwszego spotkania pacjenta ze świadczeniodawcą.

W punkcie rejestracji, poza możliwością zapisania się do lekarza, pacjent powinien uzyskać kompletną informację dotyczącą:

- » świadczeń dostępnych w placówce,
- » czasu oczekiwania,
- » form i terminów zapisu do lekarza,
- » wymaganych dokumentów i skierowań potrzebnych do przyjęcia,
- » wyników badań niezbędnych podczas wizyty,
- » miejsca wykonania zleconych przez lekarza badań diagnostycznych (USG, RTG, badań laboratoryjnych lub innych),
- » zasad udostępniania dokumentacji medycznej,
- » organizacji pracy przychodni.



Na wizytę u lekarza pacjent ma prawo zapisać się każdego dnia, gdy poradnia jest czynna.

Wyznaczanie przez świadczeniodawcę dni do zapisywania się jest niezgodne z przepisami.

Aby zarejestrować się u świadczeniodawcy pacjent może zgłosić się do rejestracji:

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



Podczas rejestracji pacjent powinien otrzymać informację o dacie i godzinie wizyty.

Przy zapisywaniu zgłaszających się pacjentów należy pamiętać, że:

- » świadczenia powinny być udzielane w możliwie najkrótszym terminie;
- » świadczeniodawca jest zobowiązany do przyjęcia pacjenta w ustalonym terminie.

Jeżeli wskazany pacjentowi termin wizyty w poradni specjalistycznej jest odległy, pacjent powinien uzyskać informację o możliwości skorzystania z porady specjalisty w innych placówkach mających umowę z NFZ. W miarę możliwości należy wskazać adres miejsca, gdzie kolejka do danego specjalisty jest krótsza.



Wykaz poradni przyjmujących chorych w ramach ubezpieczenia wraz z czasem oczekiwania dostępny jest na stronach internetowych oraz pod numerami informacyjnymi oddziałów wojewódzkich NFZ.

Gdy pacjent jest objęty stałym leczeniem specjalistycznym z przyczyny określonej w skierowaniu, termin wizyty kontrolnej powinien zostać ustalony podczas bieżącej wizyty u lekarza. Pozwoli to na zachowanie ciągłości opieki medycznej. Realizacja tej wizyty i kolejnych, odbywa się zawsze na podstawie skierowania, które stanowiło podstawę pierwszorazowej porady specjalistycznej. Dotyczy to wszystkich kolejnych porad specjalistycznych udzielonych pacjentowi z przyczyny wskazanej w skierowaniu, zarówno w danym roku kalendarzowym jak i latach następnych.

W przypadku nieobecności lekarza, pacjent powinien zostać poinformowany o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie. Informacja taka powinna zostać udostępniona w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.



W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają jego dotrzymanie, należy poinformować pacjenta **w każdy dostępny sposób** (np. telefonicznie lub sms-em) o zmianie tego terminu.

Skierowanie

Zgłaszając się do wybranego świadczeniodawcy pacjent powinien przedstawić – oprócz potwierdzenia prawa do świadczeń – **ważne skierowanie**. Jest ono dokumentem wymaganym przy dostępie do badań diagnostycznych oraz świadczeń realizowanych w ramach:

- » ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- » leczenia szpitalnego,
- » leczenia uzdrowiskowego,
- » rehabilitacji leczniczej,
- » opieki nad przewlekle chorymi.



Skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia!

Skierowaniem do lekarza specjalisty **nie jest karta informacyjna** z leczenia szpitalnego, izby przyjęć, czy szpitalnego oddziału ratunkowego. Jeżeli w karcie informacyjnej wskazana jest kontynuacja leczenia, skierowanie powinien wystawić lekarz prowadzący leczenie pacjenta w szpitalu.

Na podstawie jednego skierowania pacjent może się zarejestrować tylko w jednej placówce udzielającej świadczeń w danym zakresie.

Pacjenci wymagający większej niż jedna liczby porad specjalistycznych z danej przyczyny, przedstawiają skierowanie tylko przy pierwszorazowym zgłoszeniu się do wybranej poradni specjalistycznej.

Skierowanie nie jest potrzebne do następujących lekarzy specjalistów:

- » dermatologa,
- » ginekologa i położnika,
- » okulisty,
- » onkologa,
- » psychiatry,
- » wenerologa,
- » dentysty.

Skierowania nie muszą także przedstawiać następujące osoby korzystające z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- » inwalidzi wojenni,
- » osoby represjonowane,
- » kombatanci,
- » niewidome cywilne ofiary działań wojennych,
- » chorzy na gruźlicę,

- » zakażeni wirusem HIV,
- » w zakresie badań dawców narządów,
- » uzależnieni od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
- » uprawnieni (żołnierze lub pracownicy) oraz weterani – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Skierowanie wystawia:

- » **na badania diagnostyczne, na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na leczenie uzdrowiskowe, na rehabilitację leczniczą, opiekę długoterminową** – lekarz POZ lub inny lekarz udzielający świadczeń w ramach ważnej umowy z NFZ. Jeżeli pacjent objęty opieką specjalisty wymaga wykonania niezbędnych, dodatkowych badań diagnostycznych, skierowania na te badania wystawia świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza specjalisty, do którego pacjent ma prawo zgłosić się bez skierowania;
- » **na badania diagnostyczne kosztochłonne** (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) – lekarz będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego w poradni, która zawarła umowę z Funduszem na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, rehabilitację lub psychiatrię, prowadzący leczenie pacjenta i stwierdzający potrzebę wykonania danego badania (w przypadkach uzasadnionych medycznie);



Lekarz POZ, w ramach badań kosztochłonnych, może kierować chorych jedynie na **kolonoskopię i gastrokopię**. Skierowania na inne badania (np. tomografię lub rezonans) wystawiane są przez lekarzy specjalistów.

- » **na leczenie szpitalne** – każdy lekarz. Nie musi być to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego!
- » **na leczenie uzdrowiskowe** – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego;
- » **na transport sanitarny** – zlecenie wystawia lekarz/felczer ubezpieczenia zdrowotnego;
- » **na transport sanitarny w POZ** – zlecenie wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

- » **na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki POZ** – zlecenie wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i inni lekarze ubezpieczenia zdrowotnego.



Lekarz POZ, kierujący pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala, zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Świadczenia udzielone pacjentowi bez skierowania – poza wymienionymi przypadkami – nie są finansowane przez NFZ, a ich koszty mogą obciążyć pacjenta.

Ważność skierowania

Zazwyczaj skierowanie jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Zachowuje ono swoją ważność do czasu realizacji, np. poprzez ustalenie terminu przyjęcia pacjenta do szpitala.

Po objęciu pacjenta opieką danej poradni, skierowanie ważne jest tak długo, jak długo utrzymuje się problem zdrowotny będący przyczyną wydania skierowania i jak długo lekarz specjalista prowadzący pacjenta wyznacza terminy kolejnych wizyt.

Wyjątkami są:

- » **skierowanie na leczenie uzdrowiskowe**, które jest ważne 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia;
- » **skierowanie na rehabilitację leczniczą w warunkach ambulatoryjnych**, które traci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia;
- » **skierowanie do szpitala psychiatrycznego**, którego ważność wygasa po upływie 14 dni (szczegóły - patrz ramka, s. 79).



Pacjenci nie powinni być odsyłani z powodu niekompletności skierowań. Należy poprosić o uzupełnienie danych lub uzyskać je od lekarza kierującego.

Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych, nie mogą być przyczyną odmowy przyjęcia lub niewpisania pacjenta na listę oczekujących.

Listy oczekujących

Prowadzenie list oczekujących jest obowiązkiem ustawowym świadczeniodawców i ma na celu zapewnienie pacjentom równego, sprawiedliwego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczenia zdrowotne powinny być udzielane według kolejności zgłoszeń w dniach i godzinach pracy świadczeniodawcy, zgodnie z harmonogramem jego pracy. Jeżeli świadczenia nie mogą być udzielone w dniu zgłoszenia, każda placówka realizująca świadczenia na podstawie umowy z NFZ ma obowiązek wskazać pacjentowi inny termin ich wykonania i umieścić pacjenta na tzw. liście oczekujących.

Prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością mają:

- » pacjenci w stanie nagłym,
- » osoby, które posiadają tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Dawcy Przeszczepu,
- » inwalidzi wojenni i wojskowi,
- » kombatancki (także osoby represjonowane),
- » uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- » weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Ważne jest, żeby przyjęcia odbywały się zgodnie z kolejnością wpisów na liście oczekujących, a przyspieszenie przez przesunięcie na liście było spowodowane wyłącznie względami medycznymi.



Pacjenci objęci kontynuacją leczenia, a także korzystający z prawa do świadczeń poza kolejnością, nie są umieszczani na listach oczekujących. Dotyczy to również pacjentów, którzy mają zgłosić się po hospitalizacji na wizytę kontrolną, wskazaną w wypisie ze szpitala.

Lekarz kierujący pacjenta do dalszego leczenia specjalistycznego kwalifikuje go do jednej z dwóch kategorii medycznych:

- » **przypadek pilny** – pacjent, który wymaga 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** – pacjent, który nie znajduje się w stanie nagłym i nie został zakwalifikowany jako przypadek pilny.

Lekarz przyjmujący pacjenta w szpitalu potwierdza kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu (lub sam kwalifikuje go do odpowiedniej kategorii). Określona kategoria ma wpływ na termin realizacji świadczenia.

Prowadzenie wpisów na listy oczekujących powinno odbywać się na bieżąco, a więc umieszczanie pacjenta na liście oczekujących powinno nastąpić w dniu jego zgłoszenia się do świadczeniodawcy.



Dowolne wyznaczanie przez świadczeniodawcę dni do zapisywania się na wizytę lub do szpitala jest niezgodne z przepisami.

Na liście oczekujących odnotowuje się, między innymi, następujące informacje:

- » numer na liście oczekujących,
- » datę i godzinę wpisu,
- » imię i nazwisko pacjenta,
- » numer PESEL, a w przypadku jego braku, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta,
- » adres pacjenta,
- » numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem,
- » rozpoznanie lub powód przyjęcia,
- » **planowany termin udzielenia świadczenia**,
- » imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu wraz z jej podpisem.

Informacje o liczbie osób oczekujących i skreślonych z list do wybranych poradni specjalistycznych, oddziałów szpitalnych oraz na wybrane świadczenia (patrz s. 115), o średnim czasie oczekiwania, liczbie osób skreślonych, w tym z powodu wykonania świadczenia, przekazywane są przez świadczeniodawców co miesiąc do NFZ.

Informacje o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania, w podziale na przypadki pilne oraz przypadki stabilne są następnie

publikowane przez oddziały i centralę Funduszu na stronach internetowych.

Po ustaleniu terminu przyjęcia pacjenta, świadczeniodawca może odnotować na skierowaniu:

- » datę udzielenia świadczenia,
- » rodzaj/nazwę listy oczekujących wraz z numerem kolejnym na liście,
- » datę dokonania wpisu na listę.

Adnotacje powinny być potwierdzone pieczęcią świadczeniodawcy oraz podpisem i ewentualnie pieczętką osoby potwierdzającej wpisanie świadczeniobiorcy na listę oczekujących.



Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej.

Obowiązki świadczeniodawcy

Świadczeniodawca ma obowiązek poinformowania pisemnie pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnienia przyczyny wyboru tego terminu. Planowany termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oznaczany jest poprzez wskazanie konkretnej daty. Jeżeli jednak czas oczekiwania przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę oczekujących, można wskazać termin z dokładnością do tygodnia. W takim przypadku o dokładnej dacie przyjęcia pacjent powinien zostać poinformowany **nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia**. Powiadomienie takie musi być skuteczne, tzn. świadczeniodawca powinien otrzymać potwierdzenie, że pacjent został powiadomiony.

Jeżeli wystąpią okoliczności uniemożliwiające zachowanie uzgodnionego terminu, świadczeniodawca **musi poinformować pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wykonania świadczenia i jej przyczynie** (np. telefonicznie, drogą elektroniczną, listownie). Dotyczy to również przypadku zmiany terminu na wcześniejszy.

Obowiązki pacjenta

Pacjent, który nie może stawić się w poradni lub zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.

Pacjent powinien także powiadomić świadczeniodawcę o wszelkich zmianach adresu, numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej, które podał przy wpisywaniu się na listę oczekujących. Brak aktualnych informacji utrudni lub uniemożliwi świadczeniodawcy kontakt z pacjentem, np. z powodu zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia.

W razie pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, które może wskazywać na potrzebę wcześniejszego udzielenia świadczenia, pacjent jest zobowiązany poinformować o tym świadczeniodawcę. Wówczas, ze względów medycznych, należy odpowiednio skorygować termin udzielenia świadczenia. Podstawą przesunięcia na liście jest wtedy zaświadczenie lekarskie, adnotacja lekarza kierującego na skierowaniu lub osobista kwalifikacja przez świadczeniodawcę (przy zgłoszeniu osobistym).

Skreślenie z listy



Skierowanie daje pacjentowi prawo wpisania się wyłącznie na jedną listę oczekujących!

Jeżeli pacjent nie stawi się u świadczeniodawcy w wyznaczonym dniu bez powiadomienia, zostaje skreślony z listy. Skreślenia dokonuje się również między innymi w przypadku:

- » wykonania świadczenia przez świadczeniodawcę, u którego pacjent był zapisany;
- » powiadomienia przez pacjenta wpisanego na listę oczekujących o rezygnacji;
- » zaprzestania wykonywania danego rodzaju świadczenia przez świadczeniodawcę, u którego pacjent był zapisany;
- » przeniesienia pacjenta wpisanego na listę oczekujących na inną listę oczekujących u tego samego świadczeniodawcy;
- » zgonu pacjenta wpisanego na listę oczekujących;
- » potwierdzonej przez Fundusz informacji, że pacjent znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy.

W wypadku skreślenia pacjenta, na liście odnotowywana jest data oraz powód skreślenia.

Dokumentacja medyczna

Każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej pacjenta.

Dokumentacja musi zawierać co najmniej:

- » oznaczenia pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta:
 - nazwisko i imię (imiona),
 - datę urodzenia,
 - oznaczenie płci,
 - adres miejsca zamieszkania,
 - numer PESEL (w przypadku noworodka – numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość);
- » w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- » oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- » opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- » datę sporządzenia.

Świadczeniodawca jest zobowiązany zapewnić ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej!

Świadczeniodawca ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:

- » pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
- » osobie upoważnionej przez pacjenta;
- » upoważnionym organom.

Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Dokumentacja medyczna może być udostępniana także:

- » innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli jest ona niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- » organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia,

- organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- » ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - » uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom – jeżeli badanie, którego dotyczy dokumentacja, zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - » organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności – w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - » podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych – w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - » zakładom ubezpieczeń – za zgodą pacjenta;
 - » lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia – w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
 - » szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych – bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Formy udostępniania

Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona:

- » do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- » poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- » poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Zasady odpłatności

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów lub kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale publikowana co trzy miesiące przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Nowe stawki obowiązują zawsze od następnego miesiąca po publikacji, tj. od trzeciego miesiąca kwartału. Maksymalna wysokość opłat za:

- » **jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej** – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;
- » **jedną stronę kopii dokumentacji medycznej** – nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;
- » **sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych**, jeżeli podmiot prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;

Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.



Maksymalne opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej (czerwiec, lipiec, sierpień 2012 r.) wynoszą:

- » jedna strona wyciągu lub odpisu – **7,29 zł**,
- » jedna strona kopii – **0,73 zł**,
- » wyciąg, odpis lub kopia na nośniku elektronicznym – **7,29 zł**.

Przechowywanie dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna powinna być przechowywana przez okres 20 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu). Wyjątki dotyczą:

- » dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez

okres 30 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon);

- » zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie);
- » skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres pięciu lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia);
- » dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Po upływie określonego powyżej czasu dokumentacja medyczna powinna zostać niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Prawa pacjenta

Prawa pacjenta są zbiorem praw, zawartych między innymi w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, czy też ustawie o działalności leczniczej.

Przestrzeganie praw pacjenta jest ustawowym obowiązkiem wszystkich uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Od organów władzy publicznej począwszy, poprzez osoby wykonujące zawód medyczny, do wszystkich innych, którzy z racji wykonywanego zawodu mają kontakt z pacjentem.

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

- » Pacjent **ma prawo do świadczeń zdrowotnych** udzielanych z należytą starannością, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
- » Pacjent **ma prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych listy oczekujących** – w sytuacji ograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych.
- » Pacjent **ma prawo żądać drugiej opinii**.

W razie wątpliwości pacjent ma prawo żądać, by lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej). Żądanie oraz ewentualną odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.



Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Prawo wyboru

Każdy pacjent korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **ma prawo wyboru**:

- » w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza, pielęgniarki i położnej;
- » w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – lekarza

specjalisty spośród wszystkich lekarzy przyjmujących w poradniach specjalistycznych, które mają umowę z NFZ. Wybór placówki medycznej realizującej świadczenia w ramach kontraktu z NFZ jest dowolny;

- » w ramach leczenia stomatologicznego – lekarza dentysty spośród wszystkich lekarzy przyjmujących w poradniach, które mają umowę z NFZ;
- » w ramach leczenia szpitalnego – dowolnego szpitala, posiadającego umowę z NFZ, na terenie całej Polski.

Prawo do informacji

- » Pacjent **ma prawo do informacji o swoich prawach**, dlatego każda placówka udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej jest zobowiązana umieścić stosowną informację na temat praw pacjenta.
- » Pacjent **ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych u danego świadczeniodawcy** oraz o osobach udzielających tych świadczeń.
- » Pacjent **ma prawo do informacji zrozumiałej i przystępnej** dla niego. Ma prawo prosić o wyjaśnienia tak długo, aż przekazana informacja będzie przez niego w pełni zrozumiała.
- » Pacjent **ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia**, rozpoznaniu, metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ma także prawo zdecydować, komu i jakie informacje o tym mogą być przekazywane.
- » Pacjent **ma prawo do rezygnacji z otrzymywania informacji**. Powinien jednak dokładnie wskazać, z których informacji rezygnuje, np. o swojej sytuacji zdrowotnej.



Pacjent do ukończenia 16. roku życia ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w formie i w zakresie niezbędnym do prawidłowego udzielenia świadczenia.

W przypadku utraty świadomości przez pacjenta obowiązują wcześniejsze ustalenia poczynione z pacjentem.

Prawo do wyrażenia zgody

- » Pacjent, także małoletni, który ukończył 16 lat, **ma prawo do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.**

Jeżeli pacjent:

- nie ukończył 18 lat,
- jest całkowicie ubezwłasnowolniony,
- niezdolny do świadomego wyrażenia zgody,

prawo do wyrażenia zgody ma przedstawiciel ustawowy, a w przypadku jego braku – opiekun faktyczny.

- » Pacjent **ma prawo odmówić lub zażądać zaprzestania udzielania świadczenia.**

Pacjent:

- który ukończył 16 lat,
- ubezwłasnowolniony,
- chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem,

ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.



W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej.

Zgoda lub odmowa powinna zostać poprzedzona przedstawieniem pacjentowi wyczerpującej informacji na temat planowanego, bądź już udzielanego świadczenia.

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

- » **Pacjent ma prawo do poufności** – zachowania w tajemnicy wszelkich informacji z nim związanych, a w szczególności o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu i rokowaniu, badaniach i ich wynikach.

Bez zgody pacjenta (lub zgody osoby sprawującej opiekę prawną nad pacjentem) nie wolno informować nikogo o jego stanie zdrowia. Pacjent ma prawo wskazać, komu informacje objęte tajemnicą będą przekazywane. Prawo to obowiązuje także po śmierci pacjenta.

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

- » Pacjent **ma prawo do poszanowania intymności i godności** – osoba udzielająca świadczeń ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie tego prawa.
- » Pacjent ma prawo do godnego umierania.
- » Pacjent ma prawo do obecności bliskiej osoby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta lub w przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych może odmówić obecności osoby bliskiej pacjentowi. Odmowa musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej.

Obecność innych osób przy udzielaniu świadczenia, np. studentów medycyny, wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego opiekuna oraz lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego.

Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

- » Pacjent **ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej** dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (patrz: s. 28, Dokumentacja medyczna).

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

- » Pacjent przebywający w placówce leczniczej przeznaczonej dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (np. w szpitalu) **ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie**. Koszty przechowywania ponosi podmiot wykonujący działalność leczniczą, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

- » Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta.

Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.

Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

- » Pacjent przebywający w placówce leczniczej, przeznaczonej dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (np. w szpitalu), **ma prawo do kontaktu** osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, ale też ma prawo do odmowy takiego kontaktu.
- » Pacjent **ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej**, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (np. opieka sprawowana nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu).

Jeżeli świadczeniodawca ponosi koszty realizacji powyższych praw, może obciążyć nimi pacjenta.

Wysokość opłaty rekompensującej wspomniane koszty ustala kierownik placówki, a informację o jej wysokości oraz sposobie jej ustalenia udostępnia się w miejscu, gdzie udzielane są świadczenia.

Prawo do opieki duszpasterskiej

- » Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej.
- » W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia pacjenta placówka, w której pacjent przebywa, jest obowiązana umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.



Przestrzeganie i poszanowanie praw pacjenta jest jednym z podstawowych obowiązków świadczeniodawcy.

Kierownik lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku niektórych praw także ze względu na możliwości organizacyjne.

Skargi pacjentów

W centrali i oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia funkcjonują komórki do spraw skarg i wniosków (patrz s. 107), w których pacjent może złożyć skargę związaną z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia w NFZ.

Skargi mogą być składane ustnie lub pisemnie. Pacjent ma prawo żądać pisemnego potwierdzenia przyjęcia skargi.

Uwaga! Skarga pisemna, która nie zawiera imienia i nazwiska oraz adresu osoby, która ją wniosła, nie zostanie rozpatrzona.

Pacjent, którego prawo do ochrony zdrowia nie jest realizowane w sposób dla niego zadowalający, może także złożyć skargę do:

- » Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- » Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Izby Lekarskiej,
- » Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
- » Biura Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Nie rozpatruje się jako skarg pism dotyczących spraw, które zostały rozstrzygnięte prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją administracyjną.

Odstąpienie od leczenia

W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta. Zwłoka w udzieleniu pomocy nie może jednak spowodować niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia pacjenta.

Jeżeli jednak lekarz podejmie taką decyzję, ma obowiązek:

- » uprzedzić o tym fakcie pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego) z odpowiednim wyprzedzeniem;
- » wskazać pacjentowi lekarza lub placówkę, w której pacjent ma realne możliwości uzyskania świadczenia;
- » uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Wybrane informacje o świadczeniach

Najważniejsze informacje o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Podstawowa opieka zdrowotna to powszechnie dostępna, najważniejsza część systemu opieki zdrowotnej. Świadczenia w POZ udzielane są osobom, które dokonały wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ. Realizowane są najczęściej w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), ale w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta lub w domu pomocy społecznej.

Świadczenia POZ udzielane są w dni powszednie, od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Filie POZ mogą przyjmować pacjentów krócej niż w godzinach od 8.00 do 18.00, jeżeli w tym czasie pacjenci mają zapewniony dostęp do innej przychodni prowadzonej przez tego świadczeniodawcę.

Gabinet zabiegowy (w tym także punkt szczepień) powinien być czynny od poniedziałku do piątku, w godzinach pracy przychodni POZ, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

Punkt szczepień powinien być także otwarty w godzinach popołudniowych po godzinie 15.00 – minimum jeden raz w tygodniu.

W przeważających przypadkach pacjent przyjmowany jest w dniu zgłoszenia.

Jednak:

- » w chorobach przewlekłych – jeśli pacjent nie skarży się na gorsze samopoczucie,
- » przy kontynuacji leczenia,
- » gdy potrzeba kontaktu pacjenta z lekarzem POZ nie wynika z konieczności uzyskania pomocy medycznej,

porady mogą być udzielane w innym, uzgodnionym z pacjentem, terminie.

W przypadku:

- » zaprzestania udzielania świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ u świadczeniodawcy,
- » zmiany miejsca udzielania świadczeń,
- » podziału, zmiany formy organizacyjno-prawnej świadczeniodawcy lub połączenia z innym świadczeniodawcą

świadczeniodawca zobowiązany jest zamieścić w miejscu udzielania świadczeń stosowne ogłoszenie w celu poinformowania pacjentów.

Wybór lekarza, pielęgniarki, położnej POZ

W celu skorzystania z porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej pacjent powinien dokonać wyboru lekarza, pielęgniarki i/lub położnej.

Pacjent ma prawo do bezpłatnego wyboru podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku. Wyboru lub zmiany dokonuje się bezpośrednio u świadczeniodawcy w przychodni i nie trzeba tego faktu potwierdzać w oddziale Funduszu. **W przypadku każdej kolejnej, nieuzasadnionej zmiany należy wnieść opłatę w wysokości 80 złotych.** Opłatę należy uiścić na konto właściwego oddziału NFZ.



Podczas pobytu poza miejscem zamieszkania, np. na wakacjach, w delegacji, u rodziny, pacjent ma prawo do podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacji nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Opłaty nie pobiera się w przypadku:

- » zmiany miejsca zamieszkania przez pacjenta;
- » zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza/pielęgniarkę/położną podstawowej opieki zdrowotnej;
- » z powodu innych przyczyn niezależnych od woli pacjenta.

Wyboru dokonuje się w imieniu własnym. W imieniu innej osoby deklaracje mogą złożyć pełnoletni opiekunowie lub opiekunowie prawni niepełnoletnich dzieci, bądź innych osób, dla których ustanowiony został opiekun. Deklarację wyboru składa się do konkretnej osoby udzielającej świadczeń: imiennie do lekarza, pielęgniarki czy położnej. Przy wypełnieniu deklaracji wyboru osoba wypełniająca powinna otrzymać do wglądu instrukcję.

Pacjent może złożyć w jednym miejscu deklarację do lekarza, a w innym do pielęgniarki czy położnej, powinien jednak rozważyć praktyczne skutki takiego wyboru.



Pacjent składający deklarację do POZ nie ma obowiązku wybrania wszystkich trzech zakresów świadczeń w tej samej przychodni.

Deklaracje wyboru złożone przed dniem 1 października 2004 r., w tym wspólne dla lekarza, pielęgniarki, położnej POZ, zachowują ważność. Należy je jednak wypełnić ponownie w sytuacji, gdy deklaracja nie była złożona w imieniu własnym.

Osoby ubezpieczone w innym państwie UE, ale mieszkające w Polsce, składają deklaracje do POZ na podstawie poświadczeń wydanych przez właściwy terytorialnie oddział Funduszu. Osoby zamieszkujące w jednym z krajów EFTA, a którym Fundusz wydał formularz E109 albo E121 nie mogą złożyć deklaracji wyboru.

Listę pacjentów, którzy złożyli deklaracje, sporządza się odrębnie dla każdej osoby udzielającej świadczeń w przychodni POZ.

Kiedy pacjent zgłosi się do lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ, do których złożył deklarację, a którzy nie pracują już w danej przychodni, świadczeniodawca nie powinien odmówić mu udzielenia świadczeń. Jeżeli pacjent chce nadal korzystać z tej przychodni, powinien dokonać ponownego wyboru pracujących w niej lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ.

Deklaracja dla noworodka

Jeżeli dziecko do 6. miesiąca życia nie ma nadanego numeru PESEL, może być zapisane na listę lekarza/pielęgniarki/położnej POZ na podstawie dowodu ubezpieczenia rodzica lub opiekuna prawnego. Po nadaniu dziecku numeru PESEL, najpóźniej po ukończeniu przez nie 6. miesiąca życia, rodzic powinien złożyć ponowną deklarację, ponieważ po tym czasie system informatyczny NFZ zaznaczy deklarację dziecka jako nieaktywną.

Limity osób objętych opieką

Liczba osób objętych opieką jednego lekarza POZ **nie powinna przekroczyć 2750 osób.**

Liczba osób objętych opieką przez jedną pielęgniarkę POZ **nie powinna przekroczyć 2750 osób.**

Liczba osób objętych przez jedną położną POZ **nie powinna przekroczyć 6600 osób** (dziewczęta i kobiety oraz noworodki i niemowlęta obojga płci do ukończenia drugiego miesiąca życia).

Poprzez działania ukierunkowane na profilaktykę i promocję zdrowia, diagnostykę schorzeń, ale także na leczenie, zapobieganie i ograniczanie niepełnosprawności, podstawowa opieka zdrowotna ma decydujący wpływ na stan zdrowia pacjenta i jego rodziny.

Opieka w POZ sprawowana jest przez lekarza, pielęgniarkę i położną POZ oraz pielęgniarkę i higienistkę szkolną.

W ramach POZ prowadzone są między innymi:

- » profilaktyka chorób układu krążenia,
- » porady patronażowe,
- » badania bilansowe, w tym badania przesiewowe,
- » szczepienia ochronne (obowiązkowe i zalecane),
- » świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej.



Badania u dzieci do 16. roku życia wykonywane są w obecności opiekunów prawnych lub faktycznych.

Lekarz POZ

kieruje na badania laboratoryjne

Wykaz badań diagnostycznych, które płaci lekarz POZ, jest ściśle określony (patrz s. 101).

Wszystkie badania wykonywane są na zlecenie lekarza. Jeżeli w wyniku udzielonej porady zachodzi konieczność ich wykonania, lekarz wskazuje pacjentowi laboratorium, w którym zostaną one wykonane.

W przypadku uzasadnionym medycznie, materiał do badań laboratoryjnych może być pobrany w domu pacjenta. Zlecenie na pobranie materiału wystawia lekarz POZ, który we własnym zakresie i na własny koszt zapewnia także pojemniki na materiały do zleconych badań oraz pojemnik zbiorczy do transportu pobranych próbek. Zlecenie lekarza POZ wykonuje pielęgniarka, do której pacjent jest zadeklarowany.



Zawsze należy wskazać pacjentowi pracownię lub laboratorium, które wykona zleczone badanie.

kieruje na niektóre kosztowne badania diagnostyczne

Lekarz POZ może kierować chorych, którzy są pod jego opieką, jedynie na **kolonoskopię i gastrokopię**.

Skierowanie na te badania musi wynikać z procesu leczenia i diagnostyki prowadzonego przez lekarza POZ.

Na pozostałe badania, takie jak np. **tomografia lub rezonans magnetyczny**, kierować mogą jedynie lekarze specjaliści.

kieruje pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala

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

wypisuje recepty według zalecenia lekarza specjalisty

Lekarz POZ może wystawić pacjentowi receptę na leki, które zastosował lekarz w poradni specjalistycznej, jeżeli otrzyma wydaną przez lekarza specjalistę informację – o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym o okresie ich stosowania i dawkowania).

kieruje na zabiegi w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta

W gabinecie zabiegowym wykonywane są zabiegi oraz procedury pozostające w kompetencjach lekarza POZ i wymagające jego udziału, związane bezpośrednio z udzielaną poradą lekarską. W sytuacji uzasadnionej stanem zdrowia pacjenta, zabiegi mogą być wykonywane także w domu pacjenta. Jeśli jakieś zlecenie ma wykonać pielęgniarka, lekarz wydaje skierowanie do tej pielęgniarki, do której pacjent jest zadeklarowany.

Uwaga! Od 2011 roku obowiązuje wzór skierowania określony w załączniku nr 8 do zarządzenia 87/2010/DSOZ Prezesa NFZ.

kieruje na rehabilitację

Lekarz POZ może wystawić pacjentowi skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane w poradni rehabilitacyjnej lub w domu pacjenta. Wyjątkiem są skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne związane z leczeniem wad postawy oraz dysfunkcją narządu ruchu, których przyczyną są te wady. W takich przypadkach lekarz POZ wystawia skierowanie do poradni rehabilitacyjnej lub ortopedycznej.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży szkolnej, w przypadkach nie kwalifikujących się do rehabilitacji leczniczej, lekarz POZ kieruje dziecko na zajęcia korekcyjno-kompensacyjne organizowane w szkołach i finansowane ze środków publicznych na podstawie odrębnych przepisów.

Lekarz POZ może wystawiać pacjentowi skierowanie na rehabilitację ogólnoustrojową realizowaną w ośrodku/oddziale dziennym rehabilitacji.



Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne należy zarejestrować we właściwej placówce w ciągu 30 dni od daty wystawienia, w innym przypadku starci ono swoją ważność. Lekarz POZ ma obowiązek poinformować pacjenta o konieczności rejestracji skierowania w wymaganym terminie.

kieruje na leczenie uzdrowiskowe

Wystawiając skierowanie na leczenie uzdrowiskowe lekarz POZ bierze pod uwagę aktualny stan zdrowia pacjenta, wskazania i ewentualne przeciwwskazania. Skierowanie przesyłane jest do oddziału NFZ.

Na karcie skierowania lekarz wpisuje aktualne wyniki podstawowych badań laboratoryjnych (OB, morfologia krwi, badanie moczu), diagnostycznych (RTG klatki piersiowej – ważność badania RTG wynosi 2 lata od dnia badania, EKG – ważność badania wynosi 6 miesięcy od dnia badania) oraz konsultacji specjalistycznych.

W przypadku leczenia poszpitalnego do skierowania powinna zostać dołączona kopia karty informacyjnej ze szpitala.

Skierowanie **jest ważne 18 miesięcy** licząc od dnia jego wystawienia. Jeżeli w tym czasie leczenie nie mogło być rozpoczęte, NFZ przesyła skierowanie do ponownej weryfikacji (patrz też s. 64 Leczenie uzdrowiskowe).

wydaje zlecenie na transport sanitarny

Lekarz POZ podejmuje decyzję o konieczności zapewnienia pacjentowi transportu sanitarnego. On też ocenia, czy transport będzie bezpłatny, częściowo lub całkowicie odpłatny. Informacja o odpłatności powinna zostać odnotowana przez lekarza na zleceniu (patrz też s. 57 Transport sanitarny).

Pielęgniarka POZ

Pielęgniarka POZ wykonuje zabiegi na podstawie skierowań i zleceń od lekarzy pracujących w ramach umowy z NFZ. W razie konieczności pobrania materiału do badań diagnostycznych w domu pacjenta pielęgniarka pobiera je wyłącznie na zlecenie lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent.

Dni i godziny przyjęć, w tym wizyt domowych, określa harmonogram pracy pielęgniarki.

W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia udzielane są bezzwłocznie lub w dniu zgłoszenia. W schorzeniach przewlekłych oraz w pozostałych przypadkach pielęgniarka udziela świadczeń w terminie uzgodnionym z pacjentem.

Świadczenia pielęgniarki POZ w domu pacjenta

Opieką pielęgniarki poz realizowaną w warunkach domowych mogą być objęte zadeklarowane do pielęgniarki POZ osoby w każdym wieku, u których występuje ograniczenie sprawności psychofizycznej w wyniku choroby. Opieka pielęgniarska sprawowana jest w dni powszednie, od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00, w terminach uzgodnionych z pacjentem. Świadczenia odbywają się zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki.

Taką opieką mogą być również objęci podopieczni Domów Pomocy Społecznej. Sprawowanie opieki przez pielęgniarkę POZ nad podopiecznymi DPS obejmuje:

- » współudział w uzgodnieniu i tworzeniu przez zespół opiekuńczo-terapeutyczny DPS indywidualnych planów opieki dla jego mieszkańców;
- » edukację personelu DPS w zakresie wynikającym z potrzeb ustalonych planami opieki;
- » realizację świadczeń pielęgniacyjno-leczniczych i leczniczych wynikających z diagnozy pielęgniarskiej oraz zleceń lekarskich.

Środki higieny osobistej, leki, środki farmakologiczne (w tym specjalistyczne opatrunki do leczenia odleżyn), środki ortopedyczne i pomocnicze oraz sprzęt medyczny, niezbędne do wykonywania czynności higieniczno-pielęgnacyjnych przez pielęgniarkę – zapewnia pacjent, rodzina lub jego opiekun.

Położna POZ

Sprawuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczą i ginekologiczną nad kobietą oraz opiekę neonatologiczną nad noworodkiem.

Położna opracowuje plan edukacji a następnie prowadzi na jego podstawie edukację kobiet w ciąży (także w ciąży wysokiego ryzyka), przygotowując je praktycznie i teoretycznie do odbycia porodu i porożu, karmienia piersią i rodzicielstwa. Zajęcia mogą być prowadzone zarówno indywidualnie, jak i w grupach.

Począwszy od 21. do 31. tygodnia ciąży sprawuje opiekę w formie wizyt odbywających się raz w tygodniu, a od 32. aż do rozwiązania – nie częściej niż dwa razy w tygodniu. Po porodzie położna opiekuje się noworodkiem do ukończenia drugiego miesiąca życia oraz kobietą w okresie porożu, przeprowadzając w tym czasie 4 do 6 wizyt patronażowych.

Realizuje w formie wizyt domowych, kooperacyjną opiekę pielęgnacyjną nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej od momentu wypisu ze szpitala do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej.

Pielęgniarka szkolna

Pielęgniarka szkolna sprawuje opiekę nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki w miejscu, w którym się uczą i wychowują.

Pod opieką pielęgniarki szkolnej znajdują się uczniowie od klasy zerowej w szkołach podstawowych po ostatnią klasę szkoły ponadgimnazjalnej, do ukończenia przez nich 19. roku życia.

POZ – wieczorem, w nocy i w dni ustawowo wolne od pracy

Po godzinie 18.00 do 8.00 rano dnia następnego (całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy) pacjent może skorzystać z opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.



Świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej są bezpłatne i udzielane bez skierowania.

Od marca 2011 r. świadczenia realizowane są w przychodni właściwej według miejsca zamieszkania pacjenta, jednak może on skorzystać z usług innej placówki. Informację o tym, gdzie w danym rejonie sprawowana jest nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska, pacjent może uzyskać u swojego lekarza POZ lub we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ.

Dyżurujący w przychodni lekarz udziela porad:

- » w warunkach ambulatoryjnych,
- » telefonicznie,
- » w przypadkach medycznie uzasadnionych – w domu pacjenta.

Pacjent może skorzystać z tej formy opieki zdrowotnej w przypadku:

- » nagłego zachorowania;
- » nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek zdrowia, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy;
- » gdy zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia.



Informacja o zasadach świadczenia opieki nocnej i świątecznej powinna być umieszczona w widocznym miejscu wewnątrz i na zewnątrz siedziby lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Skorzystanie ze świadczeń POZ w nocy i w święta uzasadniają między innymi:

- » zaostrzenie dolegliwości znanej choroby przewlekłej (np. kolejny napad astmy oskrzelowej z umiarkowaną dusznością);
- » infekcja dróg oddechowych z wysoką gorączką (wyższą niż 39°C), szczególnie u małych dzieci i ludzi w podeszłym wieku;
- » bóle brzucha, nieustępujące mimo stosowania leków rozkurczowych;
- » bóle głowy, nieustępujące mimo stosowania leków przeciwbólowych;
- » biegunka lub wymioty, szczególnie u dzieci lub osób w podeszłym wieku;
- » zatrzymanie wiatrów, stolca lub moczu;
- » nagłe bóle krzyża, kręgosłupa, stawów, kończyn itp.;
- » zaburzenia psychiczne (z wyjątkiem agresji lub dokonanej próby samobójczej – wtedy należy wezwać pogotowie ratunkowe).

Pacjentom przysługują także zabiegi pielęgniarские w ramach porady udzielonej przez lekarza dyżurującego w POZ oraz zabiegi wynikające z ciągłości leczenia. Zabiegi te mogą być wykonywane przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym lub w domu pacjenta.

W ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej **nie można uzyskać**:

- » wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem;
- » recepty na stosowane stale leki w związku ze schorzeniem przewlekłym;
- » rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia;

Profilaktyczne programy zdrowotne

W ramach prowadzonej profilaktyki pacjenci mogą skorzystać z bezpłatnych badań w kierunku wybranych chorób, finansowanych przez NFZ lub przez ministerstwo zdrowia. Niektóre z programów realizowane są w całym kraju, część – tylko w niektórych województwach.

W celu sprawdzenia, które z programów profilaktycznych prowadzone są w danym województwie należy skontaktować się z właściwym oddziałem Funduszu lub zapytać o to lekarza POZ. Adresy i telefony oddziałów NFZ znajdują się w załączniku do publikacji (patrz s. 107).

Program profilaktyki raka piersi (mammografia)

Program adresowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat, które spełniają jedno z poniższych kryteriów:

- » nie miały wykonywanej mammografii **w ciągu ostatnich dwóch lat**;
- » otrzymały w ramach programu profilaktyki raka piersi w 2011 r. pisemne wskazanie do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach z powodu obciążenia następującymi czynnikami ryzyka:
 - rak piersi wśród członków rodziny (matka, siostra, córka),
 - mutacja w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2;
- » nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi o charakterze złośliwym.

Program profilaktyki raka szyjki macicy (cytologia)

Program adresowany jest do kobiet w wieku 25-59 lat:

- » które nie miały wykonanej cytologii **w ciągu ostatnich trzech lat**;
- » obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV - typem wysokiego ryzyka), które nie miały wykonanej cytologii w ciągu ostatnich 12 miesięcy.



Na wykonywane w ramach programów profilaktycznych badania mammograficzne i cytologiczne mogą zgłaszać się bez skierowania wszystkie kobiety, które spełniają powyższe kryteria. Potrzebny jest tylko dokument potwierdzający ubezpieczenie.

Kobiety, które były leczone z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy, po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) ponownie zostają objęte skryningiem cytologicznym.

Program profilaktyki gruźlicy

Program adresowany jest do osób powyżej 18. roku życia, które:

- » nie miały w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, a w szczególności:
 - miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą;
 - mają trudne warunki życiowe, mogące znacząco wpłynąć na wystąpienie choroby (osoby niepełnosprawne, obciążone długotrwałą chorobą, obciążone problemem alkoholowym i narkomanią, bezdomne, długotrwałe bezrobotne).

Program badań prenatalnych

Program adresowany jest do kobiet w ciąży spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- » wiek powyżej 35 lat;
- » wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
- » stwierdzenie strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- » stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową;
- » stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Program profilaktyki chorób układu krążenia

Program adresowany jest do osób które:

- » mają 35, 40, 45, 50, lub 55 lat (w 2012 r. są to osoby urodzone w latach 1977, 1972, 1967, 1962 i 1957);
- » złożyły deklarację wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;

u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i **które w okresie ostatnich pięciu lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia**, obciążonych następującymi czynnikami ryzyka:

- » nadciśnienie tętnicze krwi (wartości ciśnienia tętniczego powyżej 140/90 mmHg),
- » podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu,
- » palenie tytoniu,
- » niska aktywność ruchowa,
- » nadwaga i otyłość,
- » upośledzona tolerancja glukozy,
- » wzrost stężenia fibrynogenu,
- » wzrost stężenia kwasu moczowego,
- » nadmierny stres,
- » nieracjonalne odżywianie,
- » płęć męska,
- » obciążenia genetyczne.

Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)

Etap podstawowy adresowany jest do osób powyżej 18. roku życia palących papierosy, w tym – w zakresie diagnostyki POChP (przewlekłej obturacyjnej choroby płuc) – do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40. a 65. rokiem życia, którzy nie mieli wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POChP w ciągu ostatnich trzech lat, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy.

Etap specjalistyczny adresowany jest do osób uzależnionych od palenia tytoniu, skierowanych z etapu podstawowego programu realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są udzielane w poradniach specjalistycznych lub w innych komórkach organizacyjnych leczenia ambulatoryjnego (w przypadkach wynikających ze stanu zdrowia, także w domu chorego) przez lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje albo inną osobę, która uzyskała uprawnienia do udzielania świadczeń specjalistycznych.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna realizowana poprzez:

- » świadczenia zabiegowe, czyli zabiegi medyczne, które były dostępne dotąd jedynie w szpitalach, a których wykonanie jest możliwe w gabinetach zabiegowych;
- » świadczenia zachowawcze, W ramach porad przeprowadzane są między innymi badania lekarskie, udzielane albo zlecane niezbędne świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne, ordynowane są konieczne leki.

Świadczenia zachowawcze obejmują trzy główne typy porad:

- » pohospitalizacyjną,
- » kompleksową
- » specjalistyczną

W ramach **porady pohospitalizacyjnej** pacjent, który był leczony w szpitalu, może w ciągu trzydziestu dni od pobytu w oddziale udać się do lekarzy z zespołu, który zajmował się nim podczas hospitalizacji.

Kompleksowa porada specjalistyczna jest świadczeniem przeznaczonym dla pacjentów, którzy zgłaszają się do lekarza specjalisty po raz pierwszy z określonym problemem zdrowotnym. W jej przebiegu stawiana jest diagnoza i ustalane dalsze leczenie.

Jeżeli w związku z rozpoznany wcześniej schorzeniem pacjent korzysta z porad lekarza specjalisty po raz kolejny, świadczenia udzielane są w ramach **porady specjalistycznej**.

Pacjenci przyjmowani są do poradni specjalistycznych na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ.



Skierowanie jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Jeśli pacjent kontynuuje terapię w kolejnym roku kalendarzowym nie musi dostarczać nowego skierowania

Skierowanie nie jest wymagane do dermatologa, ginekologa i położnika, okulisty, onkologa, psychiatry oraz wenerologa!

Lekarz wystawiający skierowanie do specjalisty może wskazać, czy pacjent wymaga udzielenia porady w domu. Potrzebę takiej wizyty może również w razie konieczności zgłosić pacjent lub jego opiekun. Lekarz z poradni specjalistycznej ma obowiązek, w przypadkach uzasadnionych medycznie, do udzielania świadczeń w także formie porad domowych.

Organizacja pracy poradni

Poradnia specjalistyczna powinna być czynna nie krócej niż trzy razy w tygodniu po cztery godziny dziennie, w tym:

- » co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych między godziną 7.30 a 14.00,
- » co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 20.00,

chyba że został uzgodniony inny harmonogram pracy poradni.



W przypadku nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta świadczenie w poradni specjalistycznej winno być zrealizowane w trybie nagłym, czyli w dniu zgłoszenia. Decyzję o przyjęciu pacjenta w trybie nagłym podejmuje lekarz.

W przypadku nieobecności lekarza w pracy świadczeniodawca ma obowiązek poinformować pacjentów o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie. Jeśli świadczeniodawca ma siedzibę w innym miejscu niż to, w którym wykonuje świadczenia, informacja powinna być umieszczona w obu miejscach.

Lekarz specjalista

przeprowadza badanie lekarskie

Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną przeprowadza badanie pacjenta, zakończone postawieniem diagnozy wstępnej lub ostatecznego rozpoznania.

orzeka o stanie zdrowia

W zakresie określonym w Ustawie lekarz specjalista orzeka o stanie zdrowia pacjenta.

kieruje na badania

O potrzebie skierowania na badanie decyduje lekarz. Lekarz specjalista może kierować na wszystkie badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby, postawienia diagnozy i prowadzenia terapii.

Badania diagnostyczne, na które kieruje lekarz specjalista, wykonywane są na podstawie skierowania **w miejscu wskazanym przez lekarza**.

Na badania takie jak rezonans czy tomografia (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne – ASDK), również kieruje lekarz z poradni specjalistycznej. Pacjent może je jednak wykonać w wybranej przez siebie pracowni, laboratorium czy zakładzie diagnostycznym.



Pacjent nie ponosi żadnych kosztów badań. Pobieranie dodatkowych opłat za badanie (np. za baterie do aparatu Holtera) jest niczym nieuzasadnione.

kieruje na badania kontrolne

Jeżeli pacjent objęty stałą opieką specjalistyczną wymaga wykonania badań kontrolnych, skierowanie wystawia lekarz z poradni specjalistycznej. Świadczeniodawca pokrywa także koszty wykonania zleconych badań.

Dotyczy to również lekarza specjalisty, do którego pacjent ma prawo zgłosić się bez skierowania.

kieruje do innego specjalisty

Lekarz specjalista może skierować pacjenta do innego lekarza specjalisty. O taką konsultację może wystąpić do lekarza prowadzącego także sam pacjent.

Jeżeli pacjent jest kierowany z jednej poradni specjalistycznej do innej, wraz ze skierowaniem powinny zostać przekazane wszystkie dostępne wyniki badań.

kieruje do szpitala

Jeżeli pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz z poradni specjalistycznej wystawia skierowanie do szpitala. Dołącza do niego wyniki badań diagnostycznych umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

wykonuje niektóre zabiegi

Lekarz specjalista wykonuje takie zabiegi, których przeprowadzenie możliwe jest w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga pobytu w szpitalu.

informuje lekarza POZ

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący pacjenta w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego informowania lekarza rodzinnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, ich dawkowaniu i czasie stosowania oraz o wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Lekarz specjalista wystawia pacjentowi zaświadczenie z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią, na podstawie którego lekarz POZ może wystawiać recepty przez okres wskazany w zaświadczeniu od lekarza specjalisty.

a także

- » kieruje na rehabilitację;
- » kieruje na leczenie uzdrowiskowe;
- » prowadzi niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych;
- » wykonuje badania profilaktyczne;
- » wydaje zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi.

Leczenie szpitalne

Jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty w trybie ambulatoryjnym, pacjent może zostać skierowany na dalsze leczenie w szpitalu.

Pacjent ma prawo wyboru szpitala, który ma podpisaną umowę z NFZ. Może wybrać dowolną placówkę na terenie całej Polski.

Do szpitala pacjent jest przyjmowany na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza. W przypadku braku możliwości przyjęcia do szpitala w dniu zgłoszenia, pacjent powinien zostać wpisany na listę oczekujących.



Skierowanie do szpitala może być wystawione również przez lekarza, **który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego**, np. przez lekarza leczącego „prywatnie”, bez umowy z NFZ.

Pacjent przyjmowany do szpitala powinien przedstawić dowód potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne. W przypadku stanu nagłego dokument ten może zostać przedstawiony w innym czasie nie później jednak, 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. W razie nieprzedstawienia dokumentu w podanych terminach pacjent będzie obciążony kosztami świadczenia.

W przypadku zakwalifikowania pacjenta do leczenia w oddziale szpitalnym, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych leży po stronie szpitala.

W czasie pobytu pacjenta w szpitalu lekarz POZ nie może wystawiać zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne, w tym na pieluchomajtki. Nie może także ordynować leków, których konieczność zażywania wynika z przebiegu hospitalizacji. Przyjętemu pacjentowi szpital zapewnia bezpłatne leki oraz wyroby medyczne jeżeli są one konieczne do realizacji leczenia.

Pacjent przebywający w szpitalu może skorzystać z dodatkowej, płatnej opieki pielęgniarskiej. Opieka taka nie może jednak polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Lekarz leczący chorego w szpitalu zobowiązany jest do pisemnego informowania lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym okresie ich stosowania i sposobu dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Pacjent po zakończeniu hospitalizacji (także w szpitalnym oddziale ratunkowym) powinien otrzymać kartę informacyjną oraz, w zależności od potrzeb, informację dla lekarza POZ, recepty, zwolnienie lekarskie, skierowania do lekarzy specjalistów.

Transport

Transport sanitarny

Transport sanitarny jest realizowany na zlecenie lekarza/felczera ubezpieczenia zdrowotnego.

Transport bezpłatny przysługuje:

- » osobom z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego bez względu na schorzenie pacjenta;
- » w przypadku konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w innej placówce leczniczej, wynikającej z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.



Karetka pogotowia ratunkowego nie może być używana do transportu sanitarnego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Istnieje bowiem ustawy zakaz używania karetek pogotowia do innych celów niż ratunkowe.

Transport częściowo płatny przysługuje w przypadku:

- » chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- » chorób nowotworowych,
- » chorób oczu,
- » chorób przemiany materii,

- » chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
 - » chorób skóry i tkanki podskórnej,
 - » chorób układu krążenia,
 - » chorób układu moczowo-płciowego,
 - » chorób układu nerwowego,
 - » chorób układu oddechowego,
 - » chorób układu ruchu,
 - » chorób układu trawiennego,
 - » chorób układu wydzielania wewnętrznego,
 - » chorób zakaźne i pasożytnicze,
 - » urazów i zatruc,
 - » wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych,
- gdy ze zlecenia wynika, że osoba jest zdolna do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga pomocy innej osoby przy korzystaniu ze środków transportu publicznego lub wymaga korzystania z pojazdów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Pacjent pokrywa wtedy 60% kosztów przejazdu środkami transportu sanitarnego.



Chory pokrywa koszty transportu wynikające z różnicy odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym a docelowym, wskazanym w skierowaniu na transport sanitarny.

Transport odpłatny – realizowany jest na zlecenie lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, w przypadkach niewymienionych powyżej.

Transport sanitarny w POZ

Skierowanie na transport sanitarny POZ **wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.**

Transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej przysługuje pacjentom w następujących sytuacjach:

- » kiedy zachodzi konieczność leczenia określonego schorzenia w innej placówce leczniczej – z wyłączeniem stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia;
- » dla zachowania ciągłości leczenia – gdy jest ono realizowane przez lekarza POZ.

Świadczenie obejmuje przejazd z miejsca zamieszkania pacjenta do świadczeniodawcy i z powrotem. Zasady odpłatności są takie same jak w przypadku opisanego wcześniej transportu sanitarnego.

Transport sanitarny „daleki” w POZ

Z transportu „dalekiego” w POZ pacjent może skorzystać w następujących sytuacjach:

- » kiedy z przyczyn losowych pacjent musiał skorzystać z pomocy medycznej w szpitalu za granicą, a jego stan zdrowia w momencie wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do domu. Taki transport jest realizowany od granicy Polski do miejsca zamieszkania pacjenta;
- » kiedy z przyczyn losowych pacjent musiał skorzystać z pomocy medycznej w zagranicznym szpitalu, ale wymaga kontynuacji leczenia w kraju, a stan jego zdrowia pozwala na uzyskanie wypisu i nie ma medycznych przeciwwskazań do przewozu ambulansem. W takim przypadku pacjent jest przewożony od granicy Polski do szpitala, który jest położony najbliżej jego domu i w którym możliwe jest kontynuowanie leczenia.

W powyższych przypadkach należy dołączyć do wniosku zaświadczenie sporządzone w języku polskim, a przygotowane przez zagraniczny szpital, który realizował leczenie.

- » kiedy z przyczyn uzasadnionych medycznie pacjent musi korzystać ze świadczeń konkretnej poradni specjalistycznej oddalonej od miejsca zamieszkania pacjenta o więcej niż 120 km „tam i z powrotem”,

a ogólny stan jego zdrowia nie pozwala na samodzielne dotarcie do poradni. Transport przysługuje wtedy z miejsca zamieszkania pacjenta do najbliższego świadczeniodawcy, który udzieli mu świadczeń i z powrotem;

- » kiedy pacjent musi ze względów medycznych korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, które realizowane są jedynie przez niektóre poradnie, do których odległość z miejsca zamieszkania pacjenta przekracza 120 km „tam i z powrotem”, a ogólny stan zdrowia chorego nie pozwala na samodzielny dojazd do poradni. Transport przysługuje wtedy od domu pacjenta do poradni i z powrotem;

W takich przypadkach należy koniecznie dołączyć do wniosku zaświadczenie z poradni specjalistycznej, która ma wykonać świadczenie.



W każdym przypadku lekarz POZ potwierdza zasadność realizacji transportu dalekiego i wskazuje, kto ma zrealizować przewóz.

Aby skorzystać z transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ pacjent (jego rodzina albo opiekun prawny) powinien wystąpić z wnioskiem do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Wniosek taki należy złożyć w oddziale Funduszu, do którego należy pacjent. Po rozpatrzeniu wniosku, dyrektor oddziału Funduszu wyda pisemnie stosowną decyzję.

Opieka stomatologiczna

Stomatologia zajmuje się leczeniem chorób zębów, przyzębia i jamy ustnej. Pacjent, który chce skorzystać z porady dentysty w tym zakresie, ma prawo wyboru dowolnej placówki lub lekarza stomatologa, udzielających świadczeń na podstawie umowy z NFZ na terenie całego kraju. Skierowanie do stomatologa nie jest wymagane.



Pacjentowi zgłaszającemu się z bólem, świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia.

Pacjentom przysługują między innymi:

- » badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej;
- » badanie lekarskie kontrolne;
- » leczenie próchnicy zębów;
- » świadczenia z zakresu leczenia endodontycznego (kanałowego) zębów jednokanałowych;
- » usunięcie złogów nazębnych;
- » leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej;
- » usunięcie zęba oraz niektóre zabiegi chirurgiczne;
- » zdjęcia rentgenowskie wewnątrzustne w razie potrzeby;
- » znieczulenie w razie potrzeby.

Wykazy materiałów stomatologicznych znajdują się na stronie 106.

Leczenie protetyczne

W ramach bezpłatnych świadczeń pacjentowi przysługuje także leczenie protetyczne. W razie konieczności, pacjent ma prawo do leczenia z zastosowaniem protez akrylowych w szczęcie i żuchwie raz na 5 lat od dnia 1 stycznia 2011 r.

Pacjentowi przysługuje także prawo do bezpłatnej naprawy protezy raz na 2 lata od dnia 1 stycznia 2011 r. (także w większym zakresie, np. z wyciskiem lub podścieleniem protezy).

Pacjent powinien także potwierdzić (na zleceniu) odbiór wykonanej protezy zębowej, aparatu ortodontycznego lub ich naprawy.

Leczenie ortodontyczne wad zgryzu

W ramach gwarantowanego leczenia ortodontycznego wad zgryzu pacjentowi przysługuje:

- » leczenie z zastosowaniem aparatu ruchomego – do końca 12. roku życia;
- » kontrola wyników leczenia po jego zakończeniu – w okresie retencji do ukończenia 13. roku życia;



Okres retencji – okres, w którym pacjent nosi tak zwany aparat retencyjny (retainer) pozwalający – poprzez stabilizację uzębienia – utrzymać osiągnięty wynik leczenia.

- » zdjęcie pantomograficzne – jeden raz w trakcie całego leczenia ortodontycznego;
- » naprawa aparatu – do ukończenia 13. roku życia;
- » korekcyjne szlifowanie zębów;
- » proteza dziecięca częściowa i całkowita.



Naprawa lub wymiana aparatu nie przysługuje przy nieprawidłowym jego użytkowaniu, np. nieregularnym noszeniu aparatu.

Dodatkowe świadczenia gwarantowane dla wybranych grup

Dzieciom i młodzieży do 18. roku życia przysługują, między innymi:

- » zabezpieczenie lakiem bruzd zębów szóstych w ramach profilaktyki – do ukończenia siódmego roku życia;
- » lakierowanie wszystkich zębów stałych;
- » impregnacja zębiny zębów mlecznych;
- » całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba mlecznego;
- » kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych;
- » leczenie chorób przyzębia;
- » zabiegi chirurgiczne takie jak: operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba, operacyjne usunięcie zawiązków zębów ze wskazań ortodontycznych, resekcja wierzchołka korzenia zębów przednich, rozszerzone leczenie endodontyczne (kanałowe).

Kobietom w ciąży i połogu przysługują między innymi:

- » rozszerzone leczenie endodontyczne (kanałowe).

Osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługuje:

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

Potwierdzenie prawa do dodatkowych świadczeń

Dokumentami potwierdzającymi prawo do dodatkowych świadczeń są w szczególności:

- » **dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia** – karta ubezpieczenia zdrowotnego lub dokument stwierdzający tożsamość lub skrócony odpis aktu urodzenia;
- » **dla kobiet w ciąży** – karta przebiegu ciąży i karta ubezpieczenia zdrowotnego lub karta przebiegu ciąży i dokument stwierdzający tożsamość;
- » **dla kobiet w okresie połogu** – skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i karta ubezpieczenia zdrowotnego lub skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i dokument stwierdzający tożsamość;
- » **dla osób niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym i znacznym** – orzeczenie o niepełnosprawności.

Leczenie uzdrowiskowe

Leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego pacjenta, którego celem jest rehabilitacja, leczenie chorób przewlekłych oraz profilaktyka, przy wykorzystaniu między innymi naturalnych zasobów leczniczych.

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

Skierowanie przesyłane jest przez lekarza lub pacjenta do oddziału wojewódzkiego NFZ, na terenie którego pacjent aktualnie zamieszkuje. Warunkiem przyjęcia skierowania jest prawidłowe i czytelne wypełnienie obowiązującego druku.

Skierowanie zarejestrowane w oddziale NFZ jest następnie sprawdzane przez zatrudnionego w Fundusz lekarza specjalistę w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, który ocenia jego celowość i wskazuje rodzaj oraz miejsce leczenia uzdrowiskowego. Jeżeli stwierdzi przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia – nie potwierdza skierowania. Zwracane jest ono wtedy lekarzowi, który je wystawił, a pisemna informacja przekazywana jest pacjentowi. Decyzja jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

Okres ważności potwierzonego skierowania na leczenie uzdrowiskowe wynosi 18 miesięcy od daty wystawienia.



Na stronie internetowej <https://skierowania.nfz.gov.pl> można sprawdzić swoje aktualne miejsce na liście oczekujących na leczenie uzdrowiskowe. Wystarczy jedynie podać numer skierowania.

Jeżeli w tym czasie leczenie nie zostało rozpoczęte, NFZ odsyła skierowanie do świadczeniodawcy, który je wystawił w celu ponownej weryfikacji. Gdy jest ona negatywna, lekarz zawiadamia o tym fakcie zarówno pacjenta, jak i właściwy oddział NFZ (w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skierowania)

Skierowanie, które zostało pozytywnie zweryfikowane przez lekarza, powinno zostać przesłane w ciągu 30 dni od dnia otrzymania z powrotem do oddziału NFZ, gdzie zostanie ono poddane ponownej ocenie.

W przypadku, kiedy jest ona pozytywna, **pacjent nie traci swojego miejsca na liście oczekujących**.

Jeżeli zostanie ustalony termin leczenia, oddział wojewódzki NFZ doręcza pacjentowi potwierdzone skierowanie, nie później niż 14 dni przed datą rozpoczęcia leczenia.

Czas trwania leczenia uzdrowiskowego

Świadczenia są realizowane w warunkach:

- » ambulatoryjnych;
- » stacjonarnych.

Pobyt **w szpitalu uzdrowiskowym** trwa 21 dni i jest bezpłatny. Osoba pracująca otrzymuje w tym czasie zwolnienie lekarskie. Pobyt dziecka trwa 27 dni.

Pobyt **w sanatorium uzdrowiskowym** trwa 21 dni. Pobyt dziecka jest bezpłatny, natomiast pobyt osoby pracującej jest częściowo odpłatny. Osoba pracująca odbywa go w ramach urlopu wypoczynkowego.

Pobyt **w szpitalu uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej** trwa 28 dni, jest bezpłatny i odbywa się w ramach zwolnienia lekarskiego.

Pobyt **w sanatorium uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej** trwa 28 dni, jest częściowo odpłatny i odbywa się w ramach urlopu wypoczynkowego.

Uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci trwa od 6 do 18 dni.

Odpłatność

Zakwaterowanie i wyżywienie w sanatorium uzdrowskim jest odpłatne. Wysokość opłaty za jeden dzień pobytu pacjenta zależy od standardu pokoju. Stawkę określa minister zdrowia.

Od 1 lutego 2011 r. częściowa odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania za jeden dzień pobytu wynosi:

Standard		I sezon 1 X - 30 IV (w złotych)	II sezon 1 V - 30 IX (w złotych)
I	pokój jednoosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	26,50	33,00
	pokój jednoosobowy w studio	21,00	30,00
II	pokój jednoosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	20,00	27,00
III	pokój dwuosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	16,00	22,00
	pokój dwuosobowy w studio	13,50	20,00
IV	pokój dwuosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	11,50	16,00
V	pokój wieloosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	10,00	12,00
	pokój wieloosobowy w studio	9,50	11,00
VI	pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	8,50	9,50

Zabiegi realizowane w ramach potwierdzonego uzdrowskiego leczenia ambulatoryjnego są bezpłatne. Pacjent ponosi natomiast koszty pobytu (we własnym zakresie zapewnia sobie zakwaterowanie i wyżywienie).

NFZ nie ponosi:

- » kosztów przejazdu na leczenie uzdrowskie i z leczenia uzdrowskiego;
- » kosztów częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach uzdrowskich;

- » kosztów wyżywienia i zakwaterowania podczas korzystania z leczenia ambulatoryjnego;
- » kosztów pobytu opiekuna pacjenta;
- » dodatkowych obowiązujących w miejscu położenia zakładu opłat, np. opłat klimatycznych;
- » kosztów zabiegów przyrodolecznicznych i rehabilitacyjnych, niezwiązanych z chorobą podstawową, która jest bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe.



NFZ nie organizuje podróży do sanatorium oraz nie pokrywa jej kosztów.

Leczenie dzieci

Dzieci od 3. do 18. roku życia mogą zostać skierowane na uzdrowiskowe leczenie szpitalne i na uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne. Dzieci w wieku od 3 do 6 lat mogą być kierowane na uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne same lub pod nadzorem opiekuna prawnego. Leczenie dzieci jest bezpłatne, opiekunowie natomiast ponoszą pełną odpłatność za pobyt.

Dzieci uczęszczające do szkoły podstawowej lub gimnazjum kierowane są na leczenie uzdrowiskowe przez cały rok, młodzież ponadgimnazjalna korzysta z leczenia uzdrowiskowego w okresie wolnym od nauki.

Leczenie ambulatoryjne

Pacjent korzystający z tej formy leczenia sam decyduje gdzie i kiedy podejmie leczenie. Zakład leczniczy musi mieć jednak podpisaną umowę z NFZ. Skierowanie na to leczenie podlega takiej samej ocenie jak w przypadku leczenia stacjonarnego.

Koszty zakwaterowania i wyżywienia pokrywa w całości pacjent.

Rezygnacja

W przypadku rezygnacji z leczenia uzdrowiskowego należy bezzwłocznie zwrócić skierowanie do oddziału Funduszu. Każda rezygnacja powinna być uzasadniona i udokumentowana pisemnie. Jeżeli powodem rezygnacji jest wypadek losowy lub choroba ubezpieczonego (np. pobyt w szpitalu) potwierdzone odpowiednim dokumentem, Fundusz wyznaczy nowy termin realizacji skierowania.

Rehabilitacja

Rehabilitacja to kompleksowe postępowanie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym, czyli poprawę jakości życia.

Świadczenia rehabilitacji leczniczej realizowane są:

- » w warunkach ambulatoryjnych,
- » w warunkach domowych,
- » w ośrodku lub oddziale dziennym,
- » w warunkach stacjonarnych.

Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych

Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku stwierdzenia wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, której przyczyną są wady postawy, skierowanie na zabiegi wystawia lekarz specjalista (także I stopnia) rehabilitacji, chirurgii ortopedycznej lub urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii lub w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

NFZ finansuje do pięciu zabiegów dziennie w dziesięciodniowym cyklu terapeutycznym.



Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne straci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia.

Rehabilitacja w warunkach domowych

Przeznaczona jest dla pacjenta, który ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się, nie może dotrzeć do placówki rehabilitacyjnej ambulatoryjnej. Po otrzymaniu skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego pacjent ustala w gabinecie/zakładzie rehabilitacyjnym, który ma podpisaną umowę z NFZ, termin domowej lekarskiej porady rehabilitacyjnej, wizyty fizjoterapeutycznej lub zabiegów w domu.

Czas rehabilitacji w warunkach domowych wynosi do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. W jej trakcie wykonywanych jest do pięciu zabiegów dziennie.

Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym

Przysługuje pacjentowi, którego stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego.



Pacjent lub opiekun potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia własnoręcznym podpisem w karcie zabiegów.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym

Są to zabiegi obejmujące kompleksową fizjoterapię narządu ruchu, szczególnie ze wskazań ortopedycznych (po urazach, przebytych operacjach lub przewlekle chorych), a także wskazań neurologicznych, reumatologicznych, onkologicznych i pulmonologicznych.

Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym trwa od trzech do sześciu tygodni, średnio po pięć zabiegów dziennie.

Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym

Jest to wielospecjalistyczna, kompleksowa rehabilitacja dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym oraz dzieci o zaburzonym rozwoju psychomotorycznym.

Do tego rodzaju rehabilitacji kierują lekarze POZ oraz lekarze następujących oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych:

- » neonatologicznej,
- » rehabilitacyjnej,
- » ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- » neurologicznej,
- » reumatologicznej,
- » chirurgii dziecięcej.

Rehabilitacja słuchu i mowy

Obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno-terapeutyczną nad pacjentem z uszkodzonym słuchem.

Do tego rodzaju rehabilitacji kierują lekarze poradni specjalistycznych:

- » otolaryngologicznej,
- » otolaryngologii dziecięcej,
- » audiologii i foniatrii,
- » neurologicznej.

Rehabilitacja wzroku

Obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno-terapeutyczną nad pacjentem z uszkodzonym wzrokiem.

Do tego rodzaju rehabilitacji kierują lekarze poradni specjalistycznych:

- » okulistycznej,
- » neurologicznej.



Czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, słuchu i mowy, jak i wzroku wynosi do 120 osobodni w roku kalendarzowym.

Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym

Jest to świadczenie udzielane pacjentom po ostrych przebiegach schorzeń sercowo-naczyniowych (np. zawałach serca) i po przebytych zabiegach kardiochirurgicznych, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych.

Do tego rodzaju rehabilitacji kieruje lekarz:

- » oddziału kardiologii,
- » oddziału kardiochirurgii,
- » oddziału chorób wewnętrznych,
- » poradni kardiologicznej,
- » poradni rehabilitacyjnej.

Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej ustalany jest indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego (nie więcej niż 24 dni w ciągu trzech miesięcy).

Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku lub oddziale dziennym

Rehabilitacja prowadzona jest w naturalnych podziemnych komorach solnych przy wykorzystaniu ich specyficznego mikroklimatu, w celu poprawy sprawności funkcjonowania układu oddechowego.

Skierowanie wystawia lekarz poradni: rehabilitacji medycznej, gruźlicy i chorób płuc, alergologicznej, laryngologicznej, pulmonologicznej.

Czas trwania terapii ustala indywidualnie lekarz ośrodka dziennego i nie może ona być krótsza niż 14 dni i nie dłuższa niż 24 dni.

Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych

Świadczenia te skierowane są do pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowej opieki medycznej.

Stacjonarna rehabilitacja ogólnoustrojowa

Przeznaczona jest dla pacjentów, wymagających wszechstronnego postępowania usprawniającego i jednocześnie innych działań terapeutycznych, profilaktycznych, diagnostycznych i edukacyjnych.

Skierowania wystawiane są przez lekarzy specjalistów poszczególnych oddziałów, a w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych – przez lekarza poradni rehabilitacyjnej, urazowo-ortopedycznej, neurologicznej, reumatologicznej. Do skierowania powinna być dołączona aktualna dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie.

Czas trwania rehabilitacji wynosi od 3 do 6 tygodni.

Stacjonarna rehabilitacja neurologiczna

Skierowana jest do pacjentów wszystkich grup wiekowych ze schorzeniami neurologicznymi, wymagających jednocześnie całodobowego nadzoru.

Realizowana jest przez oddziały rehabilitacji neurologicznej i oddziały o profilu ogólnorehabilitacyjnym.

Wybór rodzaju rehabilitacji ustala lekarz oddziału szpitalnego na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta, dysfunkcji układu nerwowego i oceny stopnia niepełnosprawności.

Czas trwania zależy od rodzaju prowadzonej rehabilitacji neurologicznej.

Stacjonarna rehabilitacja pulmonologiczna

Adresowana jest do pacjentów wymagających kontynuacji leczenia powikłanych lub przedłużających się chorób płuc i układu oddechowego. Odbywa się w szpitalu.

Kieruje na nią lekarz oddziału szpitalnego (m.in. pulmonologicznego, torakochirurgicznego, kardiologicznego, laryngologicznego, chorób wewnętrznych, alergologicznego, pediatrycznego), w którym leczony był pacjent, a także lekarz poradni chorób płuc, rehabilitacyjnej lub alergologicznej.

Czas rehabilitacji wynosi do trzech tygodni.

Stacjonarna rehabilitacja kardiologiczna

Udzielana jest chorym ze schorzeniami kardiologicznymi, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego.

Czas trwania rehabilitacji zależy od rodzaju prowadzonej rehabilitacji.

Skierowanie wystawiane jest przez lekarza oddziału kardiologicznego, kardiochirurgicznego, chorób wewnętrznych, pediatrycznego oraz z poradni kardiologicznej i rehabilitacyjnej.

Usprawnianie przez sześć dni w tygodniu obejmuje działania ukierunkowane na profilaktykę chorób układu krążenia, wtórną prewencję i rehabilitację.

Opieka długoterminowa

W ramach opieki długoterminowej pacjent może skorzystać ze świadczeń zdrowotnych realizowanych w zakładach stacjonarnych lub w warunkach domowych.

Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych

Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacja leczenia:

- » przewlekle chorych,
- » osób, które przebyły leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym,

które ze względu na:

- » stan zdrowia i niesprawność fizyczną,
- » brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji,
- » konieczność stałej kontroli lekarskiej,
- » potrzebę profesjonalnej pielęgnacji,
- » rehabilitację,

powinny przebywać w zakładzie opiekuńczym i które w ocenie karty oceny świadczeniobiorcy – skalą poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich (opartą na skali Barthel) – uzyskały 40 punktów lub mniej.



Skala Barthel – skala, która pozwala na ocenę chorego pod względem jego zapotrzebowania na opiekę innych osób. Bierze się w niej pod uwagę między innymi czynności życia codziennego (spożywanie posiłków, poruszanie się, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

Sposób i tryb kierowania osób do publicznych zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w zakładach publicznych określa minister zdrowia. W przypadku zakładów niepublicznych decyzję o przyjęciu podejmuje dyrektor zakładu w porozumieniu z lekarzem zakładu.

Pacjent objęty opieką ma zapewnione niezbędne leki, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze (np. pieluchomajtki), badania diagnostyczne, żywienie dojelitowe i pozajelitowe. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego i pozajelitowego odbywa się w szpitalu.

Chorzy z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, mogą zostać zakwalifikowani do leczenia **w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych lub dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.**



Pacjent przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Koszty badań, leków, wyrobów medycznych i produktów leczniczych, zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń ponosi świadczeniodawca.

Przepustka

Za zgodą lekarza i jednoczesną zgodą kierownika zakładu opiekuńczego, pacjent może uzyskać przepustkę. Na czas jej trwania świadczeniodawca powinien zaopatrzyć pacjenta w niezbędne leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze.

Łączny czas pobytu chorego na przepustkach nie powinien być dłuższy niż 10% czasu pobytu w zakładzie danego świadczeniodawcy w danym roku.

W przypadku gdy w trakcie pobytu w zakładzie pacjent zostanie skierowany i przyjęty do leczenia szpitalnego, po jego wypisaniu ze szpitala **nie jest konieczne ponowne składanie wniosku o przyjęcie do zakładu.**

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach domowych

Obłożnie chorzy z niewydolnością oddechową, którzy nie wymagają pobytu w zakładach opieki całodobowej, ale wymagają stosowania respiratora mogą skorzystać z **domowej opieki nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie**.

Terapią oddechową przy pomocy respiratora, w warunkach domowych, mogą być objęci pacjenci:

- » z udokumentowanym zakończonym leczeniem przyczynowym;
- » w pełni zdiagnozowani (u których wykonano wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż wentylacja mechaniczna);
- » którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie pielęgnacji, obsługi aparatury medycznej oraz udzielania pierwszej pomocy tak, aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo chorego;
- » którzy nie są objęci opieką paliatywną, hospicyjną lub realizowaną przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej.

Pacjent powinien posiadać skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego należy dołączyć:

- » kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
- » wyniki badań będących w posiadaniu pacjenta lub jego rodziny (opiekunów),

a w przypadku terapii oddechowej przy pomocy respiratora w warunkach domowych

- » także kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych, wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.



Podstawą do objęcia opieką chorego wentylowanego mechanicznie w warunkach domowych jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Pielęgniarska opieka długoterminowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Pacjenci objęci taką opieką nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej i intensywnej domowej opieki pielęgniarskiej, realizowanej we współpracy z lekarzem POZ.

Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani pacjenci, którzy w ocenie opartej na skali Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej, którzy nie zostali objęci opieką przez hospicjum domowe, inny stacjonarny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych, domową opieką dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i nie są w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny pacjenta do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową.

Na pierwszej wizycie w domu chorego, pielęgniarka dokonuje oceny stanu pacjenta skalą Barthel oraz ustala plan opieki. O rozpoznanych problemach pielęgnacyjnych i ustalonym planie opieki, pielęgniarka informuje pacjenta oraz jego rodzinę lub opiekunów.

Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej wykonuje u pacjenta **wszystkie czynności pielęgnacyjne**, a nie tylko te, które wymienione są w „Karcie czynności pielęgniarskich dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”. Każdą wykonaną przez pielęgniarkę czynność, pacjent, jego rodzina lub opiekun, potwierdza własnoręcznym podpisem. Nie należy podpisywać czynności, których pielęgniarka nie wykonała.



„Karta czynności pielęgniarskich dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej” nie służy rozliczeniu świadczeń, które pielęgniarka wykonała przy chorym, a jedynie celom statystycznym.

Należy pamiętać, że środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zapewnia rodzina pacjenta (lub jego opiekun).

Opieka paliatywna i hospicyjna

Opieka paliatywna i hospicyjna ma na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z codziennymi problemami związanymi z postępującą, często nieuleczalną chorobą. Podejmowane działania mają na celu zapobieganie cierpieniu, niesienie ulgi, leczenie bólu i innych objawów oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów wraz ze wsparciem dla rodziny pacjenta.

Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielane są w warunkach:

- » **stacjonarnych** – w oddziale medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarnym;
- » **domowych** – w hospicjum domowym;
- » **ambulatoryjnych** – w poradni medycyny paliatywnej.

Świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej udzielane są, w zależności od potrzeb, przez wielodyscyplinarny zespół osób przygotowanych do opieki nad umierającym. W skład takiego zespołu wchodzi lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog.

Żeby pacjent mógł być objęty opieką paliatywną i hospicyjną konieczne jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,

Pacjent, jego rodzina lub opiekun powinien wyrazić zgodę na piśmie. W przypadku dzieci wymagana jest zgoda rodziców lub opiekunów prawnych (po 16. roku życia, także chorego dziecka).

Oddział medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne przeznaczone są przede wszystkim dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie, w schyłkowym okresie życia.



Oddział medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarne nie może funkcjonować w ramach innego oddziału szpitalnego. Musi być odrębną komórką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej.

W **hospicjum domowym** całościową opieką objęci są pacjenci z zaawansowanymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi, zagrażającymi życiu chorobami przewlekłymi o złym

rokowaniu (określonymi w rozporządzeniu ministra zdrowia). Pacjentom objętym opieką przysługują w zależności od potrzeb – porady lekarskie, nie rzadziej niż dwa razy w miesiącu, a wizyty pielęgniarские, nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu.

Wizyty innych członków zespołu hospicjum domowego (psychologa, fizjoterapeuty) ustalane są przez lekarza sprawującego opiekę indywidualnie, w zależności od potrzeb pacjenta.

W **poradni medycyny paliatywnej** sprawowana jest opieka nad chorymi, których stan ogólny jest stabilny i którzy mogą przybyć do poradni oraz nad chorymi, którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się wymagają wizyt domowych.

Chorzy mogą skorzystać z porady lub wizyty dwa razy w tygodniu.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień skierowane są do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie prowadzone jest ambulatoryjnie, w oddziałach dziennych lub szpitalnych.

W poradni – pacjent ma zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki oraz wyroby medyczne (dotyczy programu leczenia substytucyjnego), w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze, świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapia) i rehabilitacyjne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

W ośrodku dziennym – w trakcie leczenia pacjent ma zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze, wyżywienie, świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapia) i rehabilitacyjne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin. Transport sanitarny zgodnie z odrębnymi przepisami.

W izbie przyjęć – przez całą dobę pacjent może skorzystać ze świadczeń udzielanych w trybie nagłym (także diagnostyczno-terapeutycznych). Pacjent ma zapewnione zabezpieczenie medyczne oraz transport w przypadku konieczności kontynuowania leczenia specjalistycznego.

W szpitalu – podczas leczenia pacjent ma zapewnione bezpłatnie niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, świadczenia z zakresu profilaktyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, leki, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze, świadczenia terapeutyczne (w tym psychoterapia), działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin oraz inne świadczenia związane z pobytem. Transport sanitarny zgodnie z odrębnymi przepisami.



Skierowanie pacjenta do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni. Okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania.

Zasady udzielania świadczeń

W poradni zdrowia psychicznego, także w poradni dla dzieci i młodzieży i innych poradniach wysokospecjalistycznych, np. leczenia nerwic, seksuologii i patologii współżycia oraz dla osób z autyzmem dziecięcym, w leczeniu środowiskowym (domowym):

- » pacjent może skorzystać z diagnozy i porady lekarza psychiatry, porady i diagnozy psychologicznej, sesji psychoterapeutycznych;
- » pacjent z organicznymi zaburzeniami psychicznymi, schizofrenią lub afektywnymi zaburzeniami nastroju ma prawo do bezpłatnych wizyt domowych lekarza psychiatry, psychologa lub pielęgniarki;
- » w uzasadnionych sytuacjach pacjent ma prawo do bezpłatnego transportu sanitarnego;
- » za świadczenia udzielane na podstawie umowy nie wolno pobierać od ubezpieczonego żadnych dodatkowych opłat, chyba że taka odpłatność przewidziana jest w odrębnych przepisach;
- » świadczeniodawca wydaje skierowania na badania związane z leczeniem psychiatrycznym oraz pokrywa ich koszty.

Psychiatra udziela porad bez skierowania, a do psychologa i psychoterapeuty jest wymagane skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

W poradni leczenia uzależnień

- » pacjent ma prawo do porad lekarskich, terapii prowadzonej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa, psychoterapeutę lub instruktora terapii uzależnień;
- » leczenie pacjentów bez ich zgody odbywa się na podstawie skierowania z gminnej komisji do spraw rozwiązywania problemów alkoholowych lub postanowienia sądu.

Do poradni leczenia uzależnień nie jest wymagane skierowanie!

Leczenie w warunkach szpitalnych

Pacjenci kierowani są na leczenie stacjonarne przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, gabinety prywatne i na mocy postanowienia sądu.

- » skierowanie do szpitala psychiatrycznego oraz do psychiatrycznego zakładu opieki długoterminowej (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego) wydaje lekarz po zbadaniu pacjenta.

W przypadku psychiatrycznego zakładu opieki długoterminowej nie obowiązuje Skala Barthel.

- » W nagłych przypadkach osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania, po osobistym jej zbadaniu przez lekarza izby przyjęć;
- » w ramach świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić pacjentowi bezpłatnie, niezbędne badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
- » w trakcie hospitalizacji świadczeniodawcę obowiązuje zakaz wystawiania ubezpieczonemu recept na leki, preparaty diagnostyczne, wyroby medyczne do realizacji w aptekach ogólnodostępnych;
- » przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą;
- » przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego;
- » leczenie psychiatryczne jest w całości finansowane przez NFZ.



Świadczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, orzeczenie, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo zakładu opieki zdrowotnej może być wydane przez lekarza wyłącznie po uprzednim osobistym zbadaniu tej osoby.

Przepustka

Za zgodą lekarza lub kierownika psychiatrycznego zakładu opieki długoterminowej pacjent może uzyskać przepustkę. Na czas jej trwania świadczeniodawca powinien zaopatrzyć pacjenta w niezbędne leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze. W całodobowych oddziałach psychiatrycznych i leczenia uzależnień możliwe jest udzielanie zgody na przepustkę na okres **do trzech dni**, a w uzasadnionych przypadkach, w związku z wydarzeniami losowymi – **do siedmiu dni**.

Łączny czas przebywania na przepustkach w całodobowych oddziałach psychiatrycznych i leczenia uzależnień nie może przekraczać 25% czasu trwania hospitalizacji. W psychiatrycznym zakładzie opieki długoterminowej (opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym) łączny czas przebywania na przepustkach nie może przekraczać 8% (30 dni) w roku kalendarzowym.

Stany nagłe. Zagrożenie życia

Stan nagły to stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia lub życia.



W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie i bez skierowania, a pacjent ma prawo skorzystać z pomocy pielęgniarki, położnej, lekarza, czy też szpitala, **którzy nie mają podpisanej umowy z Funduszem.**

Stany nagłe, bezpośrednio zagrażające życiu to między innymi:

- » utrata przytomności,
- » zaburzenia świadomości,
- » drgawki,
- » nagły, ostry ból w klatce piersiowej,
- » zaburzenia rytmu serca,
- » nasiloną duszność,
- » nagły ostry ból brzucha,
- » uporczywe wymioty,
- » gwałtownie postępujący poród,
- » ostre i nasilone reakcje uczuleniowe (wysypka, duszność) będące efektem zażycia leku, ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta,
- » zatrucia lekami, środkami chemicznymi czy gazami,
- » rozległe oparzenia,
- » udar cieplny,
- » wyziębienie organizmu,
- » porażenie prądem,
- » podtopienie lub utonięcie,
- » agresja spowodowana chorobą psychiczną,
- » dokonana próba samobójcza,
- » upadek z dużej wysokości,
- » rozległa rana będąca efektem urazu,
- » urazy kończyn dolnych, uniemożliwiające samodzielne poruszanie się.

W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, należy wezwać karetkę pogotowia ratunkowego.

Aby wezwać pogotowie ratunkowe, należy zadzwonić:

- » z telefonu stacjonarnego na numer **999**,
- » z telefonu komórkowego na numer **999** lub **112**.

Najważniejsze informacje, które należy podać po zgłoszeniu dyspozytora:

- » dokładne miejsce zdarzenia (adres, lokalizacja, punkty orientacyjne),
- » powód wezwania,
- » kto potrzebuje pomocy,
- » kto wzywa zespół ratownictwa medycznego.

Należy odpowiadać na pytania dyspozytora, dostosować się do jego zaleceń w zakresie udzielenia pierwszej pomocy. Przyjęte wezwanie powinno zostać potwierdzone przez dyspozytora.

Ratownictwo medyczne

Zadania związane bezpośrednio z ratowaniem zdrowia i życia w stanach nagłych realizowane są w ramach systemu ratownictwa medycznego. Po przyjeździe na miejsce wezwania, ratownicy udzielają choremu pierwszej pomocy i – gdy jest taka potrzeba – zawożą go do szpitala. Pacjent nie ma wpływu na to, do którego szpitala zostanie przewieziony. Udzielający pomocy doraźnej zespół ratownictwa medycznego transportuje bowiem chorego do najbliższej placówki, wskazanej przez dyspozytora lub koordynatora medycznego.

Izba przyjęć

W przypadku subiektywnego poczucia zagrożenia życia lub w sytuacjach nagłych pacjent ma prawo skorzystać z pomocy doraźnej w szpitalnej izbie przyjęć bez skierowania. W razie konieczności pacjent jest w izbie zabezpieczany medycznie i transportowany do innej, specjalistycznej placówki.

Izba przyjęć nie jest miejscem, w którym udzielane są porady planowe. Świadczenia planowe pacjent może otrzymać w ciągu dnia, w trybie ambulatoryjnym, u swojego lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty.

W izbie przyjęć udzielane są świadczenia wyłącznie w trybie nagłym.

Szpitalny oddział ratunkowy (SOR)

W szpitalnym oddziale ratunkowym udzielana jest pomoc chorym znajdującym się w stanie zagrożenia zdrowia i życia, np. z powodu wypadku, urazu, czy też zatrucia. Do szpitalnego oddziału ratunkowego pacjent może zgłosić się bez skierowania.



Szpitalny oddział ratunkowy jest przeznaczony dla pacjentów wymagających pomocy w stanie nagłym, ale nie zastępuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ani lekarza poradni specjalistycznej.

Nie obowiązuje rejonizacja. Pomoc udzielana jest niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta i miejsca zdarzenia.

Ze świadczeń szpitalnego oddziału ratunkowego **nie należy korzystać** w celu uzyskania:

- » recepty na stosowane przewlekle leki;
- » konsultacji specjalistycznych i badań dodatkowych, poza niezbędnymi w danym momencie;
- » zwolnienia lekarskiego, wniosku do ZUS, skierowania do sanatorium oraz innych zaświadczeń i druków medycznych niezwiązanych z aktualnym zachorowaniem.

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Podstawą do uzyskania dofinansowanego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego jest zlecenie na zaopatrzenie w wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym.

W razie jakichkolwiek wątpliwości pracownik NFZ ma prawo zweryfikować dane przedstawione w zleceniu. Zlecenie może być dostarczone do NFZ osobiście przez pacjenta, inną osobę w jego imieniu lub drogą pocztową.



Wystawione zlecenie musi zostać potwierdzone przez oddział wojewódzki NFZ, do którego **został zgłoszony pacjent**.

Informacje o punktach, w których potwierdzane są zlecenia na zaopatrzenie ortopedyczne można uzyskać w oddziale wojewódzkim NFZ lub na jego stronie internetowej.

Uwaga! Od 1 stycznia 2010 r. obowiązują nowe wzory zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi:

- » zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i w środki pomocnicze (z wyłączeniem środków pomocniczych przysługujących comiesięcznie) – wystawiane przez upoważnionego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- » zlecenie na zaopatrzenie w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie, które składa się z dwóch części:
 - „Część A” – wystawiana przez upoważnionego lekarza/felczera ubezpieczenia zdrowotnego,
 - „Część B” – wystawiana przez oddział Funduszu.

Uwaga! Karty zaopatrzenia na środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie, wystawione przed dniem 1 stycznia 2010 r. zachowują ważność na czas ich wydania, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2010 r.



Lekarz zobowiązany jest do odnotowania wystawienia zlecenia w karcie zaopatrzenia lub „Części B” zlecenia.

Comiesięczne zaopatrzenie w środki pomocnicze

Podstawą do zaopatrzenia w:

- » zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych,
- » pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki,
- » sprzęt stomijny,
- » cewniki, worki do zbiórki moczu,

jest prawidłowo wypełniona „Część A” zlecenia na zaopatrzenie w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie wraz z ważną, wystawioną i potwierdzoną przez oddział wojewódzki NFZ, „Częścią B” tego zlecenia.

„Część B” zlecenia wystawiana jest przez oddział wojewódzki NFZ na podstawie „Części A” **pierwszego zlecenia** na środek pomocniczy przysługujący comiesięcznie, maksymalnie na okres 12 miesięcy, lub na okres określony w dokumencie potwierdzającym uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wystawiane przez zlecającego „Części A” zleceń, w okresie ważności „Części B”, nie wymagają potwierdzenia przez oddział Funduszu.

Realizacja zlecenia następuje u świadczeniodawcy, który ma zawartą umowę z NFZ. Informacja o miejscach realizacji znajduje się na stronach internetowych i w siedzibach oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Świadczeniodawca realizujący zlecenie powinien odnotować w karcie (lub w „Części B” zlecenia) jego realizację, wpisując słownie miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie, a na zleceniu – datę otrzymania przez pacjenta zaopatrzenia w środki pomocnicze.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia, środki pomocnicze przysługują „raz na miesiąc”, dlatego realizacja zleceń na dany miesiąc możliwa jest **wyłącznie do ostatniego dnia danego miesiąca**. Zasada ta obowiązuje również w przypadku realizacji zlecenia na zaopatrzenie w środki comiesięczne, wystawionego na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące z zachowaniem 30 dniowego terminu ważności zlecenia.



Zlecenie na środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie jest ważne do końca miesiąca, na który zostało wystawione, nie dłużej jednak niż 30 dni.

Przedmioty ortopedyczne i pozostałe środki pomocnicze (niecykliczne)

Ten rodzaj zaopatrzenia wydawany jest na zlecenie lekarza. Pacjent może zrealizować takie zlecenie – potwierdzone i zaewidencjonowane – u każdego świadczeniodawcy, który podpisał umowę z Funduszem.



Zlecenie wystawia określony specjalista, np. zlecenie na aparat słuchowy – laryngolog, na soczewki okularowe – okulista, a na protezę piersi – onkolog.

Należy pamiętać, że zlecenie traci ważność po upływie 30 dni od daty jego wystawienia. Datą realizacji świadczenia jest data odbioru (wpisana w zleceniu). Od niej obliczany będzie okres użytkowania, po którym przysługuje ponowne zaopatrzenie.

Szczegółowy wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz osoby uprawnione do wystawiania zleceń określa rozporządzenie ministra zdrowia.

W przypadku braku środków finansowych na refundację zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oddział Funduszu tworzy ewidencję zleceń oczekujących na potwierdzenie, a ważność zlecenia zostaje przedłużona o czas oczekiwania w kolejce na potwierdzenie zlecenia. Od daty odbioru obliczany będzie okres użytkowania, po którym przysługuje ponowne zaopatrzenie.

Zasady finansowania

Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze pacjent otrzymuje na własność. NFZ finansuje je do wysokości limitu ceny określonego w przepisach ministra zdrowia (100%, 70%, 50%). Jeśli cena wybranego przez pacjenta przedmiotu jest wyższa niż cena określona limitem, pacjent dopłaca różnicę pomiędzy ceną brutto a kwotą refundacji.

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

- » inwalidom wojennym i wojskowym,
- » cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych,

- » osobom represjonowanym,
- » uprawnionym żołnierzom lub pracownikom, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Naprawy sprzętu

Podstawą do naprawy przedmiotu ortopedycznego podlegającego dofinansowaniu (np. wózka inwalidzkiego, aparatu ortopedycznego, protezy kończyny) jest wniosek o wykonanie naprawy. Druk wniosku można otrzymać w oddziale wojewódzkim NFZ lub pobrać z jego strony internetowej. Wypełniony przez pacjenta wniosek musi zostać potwierdzony w oddziale wojewódzkim Funduszu.

Zlecenie na naprawę traci ważność po upływie 30 dni od daty potwierdzenia.

Realizacja napraw odbywa się u świadczeniodawcy, u którego pacjent dokonał zakupu przedmiotu ortopedycznego.

Leki refundowane

Pacjent posiadający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma także prawo do refundowanych leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydawanych na podstawie recepty.

Receptę na leki refundowane może wystawić każdy lekarz, lekarz dentyista, felczer będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz, lekarz dentyista posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu z którym NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawienia recept refundowanych.



Błędnie lub niekompletnie wypisana recepta może skutkować odesłaniem pacjenta do lekarza wystawiającego receptę.

Refundacji podlegają

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

- » leki wydawane bezpłatnie - do limitu finansowania,
- » leki wydawane za odpłatnością ryczałtową,
- » leki wydawane za odpłatnością 30% limitu finansowania,
- » leki wydawane za odpłatnością 50% limitu finansowania.

Jeżeli cena detaliczna leku jest wyższa niż limit finansowania (cena leku, do której obowiązuje określona w wykazie odpłatność), pacjent poniesie koszt powiększony o różnicę pomiędzy detaliczną ceną leku a limitem finansowania.

Przykład

cena detaliczna leku wydawanego na ryczałt – **314,5 zł**

wysokość limitu finansowania – **308,41 zł**

Pacjent zapłaci $(314,5 - 308,41) + 3,2$ czyli **9,29 zł**

Leki refundowane nabywane są w aptece, która posiada zawartą umowę z NFZ na realizację recept (patrz s.117 - Wzór tablicy informacyjnej).

Żeby pacjent mógł w aptece otrzymać refundowany lek, wyrób medyczny lub środek spożywczy, recepta (patrz s. 105 Wzór recepty), na której został on przepisany, powinna spełniać warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie recept lekarskich (DzU 2011, nr 294, poz.1739 z dnia 30 grudnia 2011 r.).

Na recepcie opatrzonej unikalnym numerem nadawanym przez oddział NFZ muszą znajdować się odpowiednie informacje dotyczące świadczeniodawcy, osoby przepisującej leki, dane pacjenta oraz dane dotyczące przepisywanych leków.



Farmaceuta ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na recepcie (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 recepcie adnotacji: „nie zamieniać”.

Poza imieniem i nazwiskiem pacjenta, jego danymi adresowymi i numerem odpowiedniego oddziału NFZ, na recepcie musi być podany numer PESEL, a w przypadku osób poniżej 18 r.ż - także wiek. Jeżeli pacjentowi przysługują uprawnienia dodatkowe, na recepcie powinien zostać umieszczony właściwy kod (patrz s. XX uprawnienia dodatkowe). Jeżeli pacjentowi takie uprawnienia nie przysługują – w miejscu przeznaczonym na ich wpisanie powinien zostać umieszczony znak X.

W przypadku dziecka do pierwszego roku życia, które nie posiada numeru PESEL, bądź nie można takiego numeru ustalić na recepcie podaje się PESEL opiekuna dziecka z odpowiednią adnotacją i podpisem osoby wypisującej receptę.



Osoby posiadające dodatkowe uprawnienia do zaopatrzenia w leki zobowiązane są do przedstawienia lekarzowi wypisującemu receptę dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

Recepta musi także posiadać datę wystawienia, datę realizacji (jeżeli jej nie określono – znak X) oraz zostać opatrzona odręcznym podpisem i pieczętą osoby wystawiającej receptę. Odręcznym podpisem i odciskiem pieczętą osoby wypisującej powinna być opatrzona także każda zmiana treści recepty. Pieczętą imienna lekarza musi zawierać imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu.

Lekarz wypisujący lek refundowany umieszcza na recepcie po adnotacji **Rp:**

- » nazwę własną lub międzynarodową leku,
- » postać w jakiej ma zostać wydany,
- » dawkę (jeżeli występuje w więcej niż jednej dawce),
- » ilość leku,
- » sposób dawkowania.

Jeżeli na recepcie nie wpisano (wpisano je w sposób nieczytelny lub nieprawidłowy):

- » **Danych pacjenta**, identyfikatora oddziału NFZ albo kodu uprawnień dodatkowych – aptekarz może je określić na podstawie odpowiednich dokumentów przedstawionych przez osobę realizującą receptę;
- » **Postaci leku** – osoba wydająca może ją określić na podstawie posiadanej wiedzy;
- » **Dawki leku** – pacjentowi zostanie wydana najmniejsza dawka dopuszczona do obrotu;
- » **Ilości leku** – pacjent może otrzymać jedno najmniejsze opakowanie
- » **Daty realizacji** – przyjmuje się, że wpisano znak X;
- » **Odpłatności** – jeżeli lek występuje w jednej odpłatności, aptekarz wydający lek wydaje go stosując właściwą odpłatność, a jeżeli lek występuje w kilku odpłatnościach – za najwyższą określoną w wykazie leków refundowanych.

Zaniedbanie ze strony lekarza wystawiającego receptę może oznaczać trudności w uzyskaniu leku przez pacjenta.

Termin realizacji recept

- » Nie może przekroczyć siedmiu dni od daty jej wystawienia w przypadku recepty na antybiotyki.
- » Nie może przekroczyć 30 dni od daty jej wystawienia dla pozostałych recept (lub 30 dni od wyznaczonej daty realizacji, jeśli taka została określona na recepcie).
- » Nie może przekroczyć 120 dni od daty jej wystawienia w przypadku realizacji recepty na leki sprowadzane z zagranicy dla użytkowników indywidualnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
- » Nie może przekroczyć 90 dni od daty jej wystawienia w przypadku realizacji recepty na preparaty immunologiczne dla indywidualnego pacjenta.

Warto wiedzieć

- » Na jednej recepcie może zostać przepisanych do 5 różnych leków gotowych, środków spożywczych, wyrobów medycznych.
- » Na jednej recepcie może zostać przepisana pojedyncza ilość leku recepturowego.
- » Osoba przepisująca leki może wystawić do trzech recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 90 dni.
- » Wymiary recepty będącej przedmiotem refundacji nie mogą być mniejsze niż 90x200 mm.

Finansowanie leków niedopuszczonych do obrotu w Polsce

W sytuacjach wyjątkowych ratowania życia lub zdrowia ubezpieczonego, refundowane mogą być leki sprowadzane z zagranicy

Kontynuacja leczenia

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący pacjenta w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego informowania lekarza rodzinnego, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, okresie ich stosowania i dawkowaniu oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Na podstawie zaświadczenia wydanego przez lekarza specjalistę, z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią, lekarz rodzinny może wystawiać recepty przez okres wskazany w zaświadczeniu od lekarza specjalisty.

Leki w trakcie leczenia szpitalnego

Pacjentowi przebywającemu i leczonemu w szpitalu należą się w ramach tego leczenia wszystkie niezbędne świadczenia – także leki, których zażywanie wynika ze stanu zdrowia pacjenta.

Przy wypisie ze szpitala lekarz powinien wystawić pacjentowi receptę na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej.



Niedopuszczalne jest wypisywanie recept i zmuszanie pacjentów do wykupienia leków koniecznych do prowadzenia leczenia w szpitalu.

Uprawnienia dodatkowe

AZ – uprawnieni pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest otrzymują bezpłatnie leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbecie wyszczególnione w osobnym wykazie.

CN – nieubezpieczone kobiety w ciąży oraz w okresie porodu i połogu, posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Polski.

DN – nieubezpieczone dzieci, które nie ukończyły 18. roku życia, posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Polski.

IB – Inwalidzi wojenni oraz osoby represjonowane, ich małżonkowie pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionych do renty rodzinnej, a także cywilne niewidome ofiary działań wojennych.

IN – osoby nieubezpieczone, mające prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym odrębnymi przepisami.

IW – inwalidzi wojskowi – przysługuje bezpłatne do wysokości limitu zaopatrzenie w leki z wykazu leków refundowanych.

PO – osoby wykonujące obowiązek obrony otrzymują bezpłatnie i bez dopłaty do limitu w leki z wykazu leków refundowanych oraz leki recepturowe.

WP – żołnierzom pełniącym czynną służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny.

ZK – „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” lub „Zasłużony Dawca Przeszczepu” – bezpłatne do wysokości limitu zaopatrzenie w leki z wykazu leków refundowanych oraz leki, które mogą stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów.

Informacje dodatkowe

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

Osoby zamieszkałe na terenie Polski, które nie są objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia mogą nabyć prawo do świadczeń opieki zdrowotnej korzystając z tak zwanego ubezpieczenia dobrowolnego.

Osoba ubiegająca się o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym powinna przedstawić dokument tożsamości oraz dokument potwierdzający ostatni okres ubezpieczenia. Może to być np. zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, potwierdzenie dowodu wpłaty ostatniej składki na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, zaświadczenie potwierdzające fakt ubezpieczenia z urzędu pracy itp. Ponadto należy wypełnić wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym i podpisać dwa egzemplarze umowy. Umowa zawierana jest na czas nieokreślony.

Objęcie ubezpieczeniem dobrowolnym uzależnione jest od wniesienia opłaty dodatkowej na rachunek NFZ. Wysokość tej opłaty uwarunkowana jest okresem, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

Jeżeli przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosiła nieprzerwanie:

- » **od 3 miesięcy do roku** – opłata wynosi 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.
- » **powyżej roku do 2 lat** – opłata wynosi 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.
- » **powyżej 2 lat do 5 lat** – opłata wynosi 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.
- » **powyżej 5 lat do 10 lat** – opłata wynosi 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.
- » **powyżej 10 lat** – opłata wynosi 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki.

Opłata dodatkowa wnoszona jest przed podpisaniem umowy na konto oddziału wojewódzkiego NFZ.

W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby ubezpieczającej się, dyrektor oddziału Funduszu może odstąpić od pobrania opłaty dodatkowej lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na dwanaście rat.

Osoba, która zawarła umowę o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia członków rodziny, którzy nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Zgłoszenie do ubezpieczenia członków rodziny nie wiąże się z koniecznością odprowadzania dodatkowej składki.

Obowiązku wniesienia opłaty dodatkowej oraz zgłoszenia do ubezpieczenia nie mają:

- » cudzoziemcy:
 - studenci i uczestnicy studiów doktoranckich;
 - absolwenci, którzy odbywają w Polsce obowiązkowy staż;
 - członkowie zakonów, alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanki, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy;
 - osoby odbywające staż adaptacyjny;
 - osoby odbywające kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim;
- » korzystający z pracy wolontariusza, zgłaszający go do ubezpieczenia dobrowolnego.

Po zawarciu umowy ubezpieczony powinien udać się do oddziału lub inspektoratu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), aby dokonać zgłoszenia do ubezpieczenia poprzez złożenie druku ZUS ZZA (*Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego*). W celu zgłoszenia członków rodziny należy złożyć druk ZUS ZCNA. Druk zgłoszenia do ZUS stanowi integralną część umowy.



Ubezpieczony oraz członkowie jego rodziny zgłoszeni do ubezpieczenia uzyskują prawo do świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego z dniem określonym w umowie.

Dowodem ubezpieczenia dla osoby, która podpisała umowę, jest egzemplarz umowy wraz z drukiem zgłoszenia do ZUS i dowodem opłacenia składki za ostatni miesiąc, zaś dla członków rodziny tej osoby – egzemplarz umowy, druk ZUS ZCNA (wymienieni są tam członkowie rodziny) oraz dowód opłacenia przez osobę ubezpieczoną składki za ostatni miesiąc.

Składka z tytułu dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego opłacana jest za miesiąc poprzedni w terminie do 15. dnia następnego miesiąca, np. za lipiec do 15. sierpnia.

W 2010 roku wysokość składki wynosi 9% podstawy wymiaru.

Składki należy wpłacać na konto ZUS.

Podstawy wymiaru składki

- » Dla osoby zgłaszającej wolontariusza – **kwota odpowiadająca minimalnemu wynagrodzeniu.**
- » Dla cudzoziemców – studentów i uczestników studiów doktoranckich, absolwentów, którzy odbywają w Polsce obowiązkowy staż, dla odbywających staż adaptacyjny, a także członków zakonów, alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantek, nowicjuszy i juniorystów zakonów i ich odpowiedników oraz dla odbywających kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim – **kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.**
- » Dla pozostałych osób ubezpieczających się dobrowolnie – **kwota deklarowanego miesięcznego dochodu**, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanemu przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Monitorze Polskim.

Osoby, dla których podstawę wymiaru składki stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw powinny pamiętać, że wysokość tego wynagrodzenia ulega zmianie co kwartał.

Każdorazowa zmiana podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne podawana jest przez GUS (www.stat.gov.pl) do publicznej wiadomości po 15. dniu miesiąca rozpoczynającego kolejny kwartał.

Informację o wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne można uzyskać w oddziale wojewódzkim Funduszu lub na jego stronach internetowych.

Rozwiązanie umowy

- » Umowa może zostać rozwiązana przez osobę ubezpieczoną dobrowolnie w drodze pisemnego poinformowania NFZ o rezygnacji z ubezpieczenia. Umowa nie może zostać rozwiązana z datą wsteczną.
- » Rozwiązanie umowy następuje po upływie miesiąca zaległości w opłaceniu składek.
- » Umowa wygasa w przypadkach określonych w obowiązujących przepisach prawa, np. z chwilą przeniesienia miejsca zamieszkania ubezpieczającego się poza granice Polski.
- » Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne wygasa również w przypadku stwierdzenia podlegania obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 Ustawy.
- » Umowa zostaje rozwiązana również w przypadku:
 - podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu,
 - pracy/prowadzenia działalności na własny rachunek,w innym niż Polska kraju Unii Europejskiej lub EFTA.



Rozwiązanie umowy lub jej wygaśnięcie nie powoduje anulowania obowiązku wpłacenia składek należnych za okres, w którym umowa obowiązywała.

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego – EKUZ

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego jest dokumentem uprawniającym do korzystania ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej lub EFTA (Szwajcaria, Norwegia, Islandia, Liechtenstein).

Na EKUZ znajdują się następujące informacje:

- » imię i nazwisko,
- » data urodzenia,
- » PESEL,
- » numer identyfikacyjny instytucji, która wydała kartę,
- » numer identyfikacyjny karty,
- » data ważności karty.

Każde państwo członkowskie wydaje kartę we własnym języku urzędowym, zawierającą ten sam zestaw danych.

Prawo do EKUZ

Prawo do otrzymania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego mają osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz:

- » osoby objęte decyzją wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy;
- » nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP;
- » osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które nie ukończyły 18. roku życia;
- » osoby bezrobotne zarejestrowane w Urzędzie Pracy;
- » osoby uprawnione z państw EFTA posługujące się poświadczeniami wydanymi na podstawie formularzy E109 albo E121.

Każda osoba ubezpieczona, także członek rodziny, otrzymuje własną kartę. Gdy za granicę wyjeżdża czteroosobowa rodzina, każdy jej członek, także dziecko, powinien zaopatrzyć się w EKUZ.

Karta jest wydawana osobom wyjeżdżającym czasowo do innego państwa członkowskiego, np.:

- » w celach turystycznych,
- » w celu odwiedzenia rodziny lub znajomych,
- » w celu podjęcia studiów,
- » pracownikom oddelegowanym do pracy za granicę przez polskiego pracodawcę,
- » w celu poszukiwania pracy – do momentu podjęcia zatrudnienia.

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego nie przysługuje osobom, które przestały podlegać polskiemu ustawodawstwu, np. w związku z podjęciem pracy w innym państwie członkowskim oraz osobom, których ubezpieczenie w NFZ wygasło.



Osoby ubezpieczone, które posługują się dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń (np. EKUZ), a utraciły do nich prawo, są zobowiązane do pokrycia kosztów leczenia, za które zapłacił Fundusz.

Jak otrzymać EKUZ?

Aby otrzymać EKUZ, należy złożyć wypełniony wniosek wraz z załącznikami w oddziale wojewódzkim lub delegaturze Funduszu. Wniosek można pobrać ze strony internetowej lub otrzymać w oddziale NFZ.

należy złożyć w oddziale Funduszu:

- » osobiście,
- » pocztą,
- » za pomocą elektronicznej skrzynki podawczej,
- » za pomocą formularza na stronie www.ekuz.nfz.gov.pl/wypoczynek/wniosek-ekuz,
- » pocztą elektroniczną (przy zachowaniu obowiązku osobistego odbioru karty),
- » faksem.

Do wniosku trzeba załączyć dokument potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne w NFZ (patrz: s. 12, Potwierdzenie prawa do świadczeń). Dokumenty należy dostarczyć w oryginałach bądź poświadczonych kopiach. Dokumenty ze zdjęciem (np. legitymację ubezpieczeniową lub studencką) wystarczy okazać do wglądu. Więcej informacji znajduje się na stronie www.ekuz.nfz.gov.pl.

Ważność karty

Ważność EKUZ liczona jest **od dnia złożenia wniosku o jej wydanie** w oddziale wojewódzkim NFZ.

W związku z wyjazdem turystycznym Karta wydawana jest na:

- » **5 lat** – osobom pobierającym świadczenia emerytalne;
- » **6 miesięcy** – osobom ubezpieczonym:
 - zatrudnionym,
 - prowadzącym pozarolniczą i rolniczą działalność gospodarczą,
 - pobierającym rentę,
 - studentom zgłoszonym do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię,
 - członkom rodzin (w przypadku członka rodziny w wieku powyżej 18 lat - po przedstawieniu dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń);
- » **2 miesiące**:
 - osobom bezrobotnym zarejestrowanym w Urzędzie Pracy,
 - niewymienione wcześniej osobom ubezpieczonym.

Kartę EKUZ ważną **do 6 miesięcy** mogą otrzymać:

- » kobiety w okresie ciąży lub porodu, posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- » dzieci i młodzież do 18 roku życia (okres ważności karty kończy się z dniem ukończenia przez te osoby 18 roku życia).

Kartę EKUZ ważną **do 90 dni** mogą otrzymać:

- » osoby, które spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej i otrzymały decyzję np. wójta, burmistrza (uprawnione na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Kartę EKUZ ważną **do 42 dni** od dnia porodu mogą otrzymać:

- » kobiety w okresie połogu, posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

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

Prawo do świadczeń z EKUZ

EKUZ uprawnia do korzystania z niezbędnych świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim w zakresie, który umożliwi kontynuowanie zaplanowanego pobytu w tym państwie. Zakres niezbędnych świadczeń każdorazowo ustala lekarz. Karta uprawnia do świadczeń tylko w tych placówkach, które działają w ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia. Jeżeli w ramach niego pobierane są opłaty od ubezpieczonych, EKUZ nie zwalnia z poniesienia tych kosztów. Za leczenie prywatne pacjent musi zapłacić we własnym zakresie.

Jeżeli osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych potrzebuje opieki medycznej podczas pobytu za granicą, a nie posiada Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, powinna skontaktować się z właściwym oddziałem NFZ – telefonicznie, faksem lub za pośrednictwem osoby pozostającej w Polsce.

Oddział wystawi wówczas papierowy Certyfikat zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, który może zostać dostarczony pocztą lub faksem. Posiadaczom Certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego przysługuje taki sam zakres uprawnień, jak w przypadku EKUZ.

EKUZ nie daje żadnych uprawnień, jeżeli celem podróży jest planowane leczenie.



EKUZ nie jest dowodem ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia uprawniającym do świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski. Oznacza to, że osoba ubezpieczona w NFZ może posługiwać się EKUZ wyłącznie w innych państwach członkowskich.

Zakres świadczeń udzielanych osobom uprawnionym z innych krajów

W czasie pobytu w Polsce, obcokrajowiec legitymujący się EKUZ lub certyfikatem ją zastępującym, ma prawo do świadczeń zdrowotnych, które są niezbędne z medycznego punktu widzenia. Ich celem jest umożliwienie kontynuowania pobytu tak, by chory nie musiał w celu leczenia wracać do macierzystego kraju. Zakres tych niezbędnych świadczeń każdorazowo ustala lekarz.

Świadczenia udzielane są **na takich samych zasadach, jak ubezpieczonemu w NFZ**. Lekarz powinien potraktować uprawnionego w taki sposób, jak osobę ubezpieczoną, czasowo przebywającą w jego rejonie, którą przyjmuje po raz pierwszy.

Załączniki

Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej w POZ

Badania hematologiczne

- » morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym,
- » płytki krwi,
- » retikulocyty;
- » odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),
- » poziom glikozylacji hemoglobiny (HbA1c).

Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi

- » sód,
- » potas,
- » wapń całkowity,
- » żelazo,
- » stężenie transferyny,
- » mocznik,
- » kreatynina,
- » glukoza,
- » test obciążenia glukozą,
- » białko całkowite,
- » proteinogram,
- » albumina,
- » białko C-reaktywne (CRP),
- » kwas moczowy,
- » cholesterol całkowity,
- » cholesterol-HDL,
- » cholesterol-LDL,
- » triglicerydy (TG),
- » bilirubina całkowita,

- » bilirubina bezpośrednia,
- » fosfataza alkaliczna (ALP),
- » minotransferaza asparaginianowa (AST),
- » aminotransferaza alaninowa (ALT),
- » gammaglutamylotranspeptydaza (GGT),
- » amylaza,
- » kinaza kreatynowa (CK),
- » fosfataza kwaśna całkowita (ACP),
- » czynnik reumatoidalny (RF),
- » miano antystreptolizyn O (ASO),
- » hormon tyreotropowy (TSH),
- » antygen HBs-AgHBs,
- » VDRL.

Badania moczu

- » ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu,
- » ilościowe oznaczanie białka,
- » ilościowe oznaczanie glukozy,
- » ilościowe oznaczanie wapnia,
- » ilościowe oznaczanie amylazy.

Badania kału

- » badanie ogólne,
- » pasożyty,
- » krew utajona - metodą immunochemiczną.

Badania układu krzepnięcia

- » wskaźnik protrombinowy (INR),
- » czas kaolinowo-kefalinowy (APTT),
- » fibrynogen.

Badania mikrobiologiczne

- » posiew moczu z antybiogramem,
- » posiew wymazu z gardła,
- » ogólny posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella, Shigella.

Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku**Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej****Zdjęcia radiologiczne**

- » zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej;
- » zdjęcia kostne – w przypadku kręgosłupa, kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej,
- » zdjęcie czaszki i zatok w projekcji AP i bocznej,
- » zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej.

Wykazy materiałów stomatologicznych

Wykaz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych

- » materiał do wypełnień czasowych;
- » cementy podkładowe na bazie wodorotlenku wapnia, cement fosforanowy;
- » cementy glasjonomerowe;
- » kompozytowy materiał chemoutwardzalny do wypełniania ubytków w zębach przednich górnych i dolnych (od 3+ do +3, od 3- do -3);
- » amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2;
- » materiały do wypełnień kanałów korzeniowych;
- » ćwieki gutaperkowe;
- » masa wyciskowa alginatowa;
- » masa do wycisków czynnościowych przy bezzębiu;
- » nici chirurgiczne;
- » szyny unieruchamiające, drut ligaturowy.

Wykaz dodatkowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przysługujących dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia

- » światłoutwardzalny materiał kompozytowy do wypełniania ubytków w zębach siecznych i kłach w szczęce i żuchwie;
- » laki szczelinowe;
- » lakiery;
- » cement chirurgiczny jako opatrunek przy zabiegach w obrębie przyzębia.

Wykaz dodatkowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przysługujących kobietom w ciąży i w okresie połogu

- » cement chirurgiczny jako opatrunek przy zabiegach w obrębie przyzębia.

Wzór recepty lekarskiej

Recepta	
Świadczeniodawca	
Pacjent	Oddział NFZ
	Uprawnienia dodatkowe
PESEL	
Rp	Odpłatność
Data wystawienia:	Dane i podpis lekarza
Data realizacji „od dnia”:	
	Dane podmiotu drukującego

Identyfikatory oddziałów NFZ

- 01** – Dolnośląski Oddział NFZ we Wrocławiu.
- 02** – Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ w Bydgoszczy.
- 03** – Lubelski Oddział NFZ w Lublinie.
- 04** – Lubuski Oddział NFZ w Zielonej Górze.
- 05** – Łódzki Oddział NFZ w Łodzi.
- 06** – Małopolski Oddział NFZ w Krakowie.
- 07** – Mazowiecki Oddział NFZ w Warszawie.
- 08** – Opolski Oddział NFZ w Opolu.
- 09** – Podkarpacki Oddział NFZ w Rzeszowie.
- 10** – Podlaski Oddział NFZ w Białymstoku.
- 11** – Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku.
- 12** – Śląski Oddział NFZ w Katowicach.
- 13** – Świętokrzyski Oddział NFZ w Kielcach.
- 14** – Warmińsko-Mazurski Oddział NFZ w Olsztynie.
- 15** – Wielkopolski Oddział NFZ w Poznaniu.
- 16** – Zachodniopomorski Oddział NFZ w Szczecinie.

Adresy i telefony informacyjne oddziałów NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala

ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa

tel. 22 572 60 00

infolinia 0 800 392 976

infolinia „kolejkowa” 0 800 132 648

infolinia@nfz.gov.pl

www.nfz.gov.pl

Wydział Skarg i Wniosków

tel. 22 572 60 41, 22 572 64 65

Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ

50-525 Wrocław, ul. Joannitów 6,

tel. 71 79 79 100, z tel. komórkowych 71 194 88

www.nfz-wroclaw.pl

Dział Skarg i Wniosków

tel. 71 79 79 134, 71 79 79 148, 71 79 79 078, 71 79 79 112

Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ

85-071 Bydgoszcz, al. Mickiewicza 15,

tel. 52 325 27 06, 52 325 28 96

www.nfz-bydgoszcz.pl

Sekcja ds. Skarg i Wniosków

85-008 Bydgoszcz, ul. Słowackiego 3

tel. 52 325 27 37, 52 325 29 02

Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ

20-124 Lublin, ul. Szkolna 16

81 531 05 00 do 02, z tel. komórkowych 81 194 88

www.nfz-lublin.pl

Sekcja Skarg i Wniosków

tel. 81 531 05 45

Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ

65-057 Zielona Góra, ul. Podgórna 9b

tel. 68 32 87 777 (całodobowo), z tel. komórkowych 68 194 88

www.nfz-zielonagora.pl

Dział Skarg, Wniosków i Leczenia za Granicą

tel. 68 328 76 76

Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ

90-032 Łódź, ul. Kopcińskiego 58

tel. 42 275 40 30, z tel. komórkowych 42 194 88

www.nfz-lodz.pl

Dział Skarg i Wniosków

tel. 42 275 41 40, 42 275 41 43

Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ

31- 053 Kraków, ul. Ciemna 6,

tel. 12 29 88 386, z tel. komórkowych 12 194 88

www.nfz-krakow.pl

Dział Skarg i Wniosków

tel. 12 298 83 03, faks 22 480 43 42

Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ

00-613 Warszawa, ul. Chałubińskiego 8

tel. 22 582 84 40, 22 582 84 42

www.nfz-warszawa.pl

Sekcja Skarg i Wniosków

tel. 22 480 43 43

Opolski Oddział Wojewódzki NFZ

45-315 Opole, ul. Głogowska 37

tel. 77 194 88, z tel. komórkowych 77 194 88

www.nfz-opole.pl

Sekcja ds. Skarg i Wniosków oraz Monitorowania List Oczekujących

tel. 77 402 01 82

Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ

35-032 Rzeszów ul. Zamkowa 8

tel. 17 194 88, z tel. komórkowych 17 194 88

www.nfz-rzeszow.pl

Dział Skarg i Wniosków

tel. 17 860 41 70

Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ

15-042 Białystok, ul. Pałacowa 3

tel. 85 745 95 00

www.nfz-bialystok.pl

Sekcja Skarg i Wniosków

tel. 85 745 95 76, 85 745 95 77

Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ

80-865 Gdańsk, ul. Marynarki Polskiej 148

tel. 58 751 25 00

www.nfz-gdansk.pl

Dział Skarg i Wniosków

tel. 58 321 86 26, 58 321 86 35

Śląski Oddział Wojewódzki NFZ

40-844 Katowice, ul. Kossutha 13

tel. 32 735 17 00

www.nfz-katowice.pl

Biuro Działu Skarg i Wniosków

tel. 32 735 05 13, 32 735 05 45

Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ

25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9

tel. 41 364 61 00, z tel. komórkowych 41 194 88

www.nfz-kielce.pl

Sekcja Skarg i Wniosków

tel. 41 364 61 06

Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 16

tel. 89 194 88, 0 800 133 773

www.nfz-olsztyn.pl

Sekcja Skarg i Wniosków

tel. 89 539 97 93, 89 532 74 14

Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ

61-823 Poznań, ul. Piekary 14/15

tel. 61 194 88, 61 850 60 36, 61 850 60 72, 0 800 800 805

www.nfz-poznan.pl

Dział Skarg, Wniosków i Informacji

tel. 61 850 60 75, 61 658 04 07, 61 658 04 51

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ

71-470 Szczecin, ul. Arkońska 45

tel. 91 425 10 00 faks 91 425 11 88

Całodobowy telefon informacyjny: 91 46 45 045, 94 34 06 712

www.nfz-szczecin.pl

Sekcja Skarg i Wniosków

tel. 91 425 10 50, tel./faks 91 425 10 52

Rzecznik Praw Pacjenta

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Al. Zjednoczenia 25
01-829 Warszawa

tel. (22) 532 82 50

faks (22) 833 08 86

sekretariat@bpp.gov.pl

www.bpp.gov.pl

Bezpłatna infolinia:

0 800 190 590 od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00 - 21.00

Połączenia z telefonów komórkowych:

22 833 08 85

22 635 59 96

- płatne wg stawek operatora.

Przyjęcia interesantów w Biurze

od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00 - 15.00

Zestawienie poradni, oddziałów i procedur, dla których świadczeniodawcy prowadzą i przekazują do NFZ wykazy osób oczekujących i skreślonych z listy oczekujących

- » poradni endokrynologicznych,
- » poradni chorób naczyń,
- » poradni chirurgii ręki,
- » poradni hematologicznych,
- » poradni chirurgii naczyniowej,
- » poradni neurochirurgicznych,
- » poradni rehabilitacyjnych,
- » poradni kardiologicznych,
- » oddziałów reumatologii,
- » oddziałów chirurgii plastycznej,
- » oddziałów endokrynologii,
- » oddziałów alergologicznych,
- » świadczeń rezonansu magnetycznego,
- » zabiegów w zakresie ciała szklistego (witrektomia),
- » leczenia wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF,
- » koronarografii,
- » wszczepienia/wymiany rozrusznika jednojamowego,
- » wszczepienia/wymiany rozrusznika dwujamowego,
- » leczenia stwardnienia rozsianego,
- » leczenia przewlekłego WZW typu B,
- » leczenia przewlekłego WZW typu C.

Tablice informacyjne

Tablica dla świadczeniodawców



Wymiary tablicy

600 mm x 750 mm

Tło

białe

Kolor elementów

PANTONE DS 184-1U
(CMYK 100, 100, 0, 0)

Nazwa świadczeniodawcy

czcionka Arial bold 82 pt,
odległość między wierszami: 98,4 pt.

Jeżeli:

- » w jednym budynku mieści się wielu świadczeniodawców, którzy mają podpisaną umowę z Funduszem, można umieścić informację o wszystkich podmiotach w ramach jednej tablicy (poniżej paska). Dopuszcza się przy tym stosowanie skrótów np. NZOZ Xyz w Krakowie.
- » brak jest miejsca na zainstalowanie pełnowymiarowej tablicy, można ją proporcjonalnie zmniejszyć (pod warunkiem zachowania proporcji logo NFZ oraz czytelności tekstu). Minimalna szerokość tablicy to 500 mm, czyli ok. 17% różnicy w stosunku do wymiaru podstawowego).
- » świadczeniodawca udziela świadczeń w obiekcie zabytkowym, dopuszczalne jest wykonanie tablicy ze stali w kolorze srebrnym, pod warunkiem zachowania białego koloru tła dla logo NFZ (część tablicy ponad paskiem).



Wzory tablic informacyjnych są do pobrania ze strony internetowej NFZ www.nfz.gov.pl

Tablica dla aptek i punktów aptecznych



**APTEKA POSIADA UMOWĘ
NA REALIZACJĘ
RECEPT REFUNDOWANYCH**



**PUNKT APTECZNY
POSIADA UMOWĘ
NA REALIZACJĘ
RECEPT REFUNDOWANYCH**

Wymiary

297 mm x 350 mm

Tło

białe

Kolor elementów

PANTONE DS 184-1U
(CMYK 100, 100, 0, 0)

Informacja o umowie

czcionka Arial bold 42 pt,
odległość między wierszami: 56 pt.

Sugerowana forma

nalepka na wewnętrznej powierzchni
szyby

