

**Uwaga!**

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

## SPIS TREŚCI

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

I. Informacje podstawowe	
Bezpłatna opieka medyczna - kto ma do niej prawo i w jakim zakresie	6
Ubezpieczenie zdrowotne	8
e-WUŚ, czyli elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców do bezpłatnych świadczeń	12
Rejestracja i listy oczekujących	14
Dokumentacja medyczna	16
II. Informacje o rodzajach świadczeń medycznych	
Stan nagły, zagrożenie życia i zdrowia	18
• Ratownictwo medyczne, pomoc w SOR i izbach przyjęć	18
• Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	19
• Stomatologiczna pomoc doraźna	20
• Specjalistyczna pomoc medyczna w godzinach późnowieczornych	21
Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	21
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)	24
Leczenie szpitalne	28
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	29
Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna	30
Leczenie rehabilitacyjne	32
Leczenie uzdrowiskowe	34
Leczenie stomatologiczne	37
Transport sanitarny	39
Refundacja leków	41
Refundacja przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	43
III. Programy profilaktyczne	46
IV. Leczenie w krajach Unii Europejskiej	48
V. Prawa pacjenta	52
VI. Dodatkowe uprawnienia wybranych grup pacjentów	54
VII. Gdzie złożyć skargę	59

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

I. Nagła pomoc	
• Ratownictwo medyczne	61
• Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	62
• Świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej	64
• Specjalistyczna pomoc medyczna w godzinach późnowieczornych (chirurgiczna, ortopedyczna i okulistyczna)	64
• Szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć	65
II. Podstawowa opieka zdrowotna	65
III. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	93
IV. Szpitale (już bez SOR i Izb Przyjęć)	116
V. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	123
VI. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	126
VII. Opieka paliatywna i hospicyjna	128
VIII. Rehabilitacja	128
IX. Gabinety stomatologiczne	134
X. Pomoc neonatologiczna i transport sanitarny	144
XI. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (adresy placówek i sklepów, w których można zaopatrywać się w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze)	144
XII. Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane (adresy pracowni tomografii komputerowej, PET, poradni genetycznej, placówek prowadzących domowe leczenie tlenem, pracowni dializ)	154
XIII. Programy profilaktyczne	155

**Zastosowane skróty w części B:**

*Al.* - Aleja

*CM* - Centrum Medyczne

*GPL* - Grupowa Praktyka Lekarska

*Indyw.* - Indywidualna

*ISPL* - Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska

*NSZOZ* - Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej

*NZOZ* - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

*NZPŚ* - Niepubliczny Zakład Pielęgniarstwa Środowiskowego

*NZZOZ* - Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

*Os.* - Osiedle

*POZ* - Podstawowej Opieki Zdrowotnej

*PZOZ* - Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

*S.C.* - Spółka Cywilna

*Sp.j.* - Spółka Jawna

*Sp.p.* - Spółka Partnerska

*Sp. z o.o.* - Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

*Spec.* - Specjalistyczny(a)

*SPZOZ* - Samodzielny Publiczny Zakładów Opieki Zdrowotnej

*SU* - Sanatorium Uzdrawiskowe

*SZOZ* - Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej

*Woj.* - Wojewódzki

*ZOZ* - Zakład Opieki Zdrowotnej, Zespół Opieki Zdrowotnej

*ZZPGKiT* - Związków Zawodowych Pracowników Gospodarki Komunalnej i Terenowej

*PZZOZ* - Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

*Stow.* - Stowarzyszenie

*Św.* - Świętokrzyskie

*Reh.* - Rehabilitacyjny

*ZOL* - Zakład Opiekuńczo Leczniczy

*ZPLA* - Zespół Placówek Lecznictwa Ambulatoryjnego

*ZPOL* - Zespół Placówek Opiekuńczo Leczniczych

*ZZLU* - Zespół Zakładów Lecznictwa Uzdrawiskowego

## **WSTĘP**

*Polski system ochrony zdrowia zmienia się w sposób ewolucyjny. Stąd w porównaniu z latami poprzednimi w 2013 roku - jeżeli chodzi o zasady udzielania świadczeń medycznych, wielkiej rewolucji nie ma. Ale jest kilka bardzo istotnych nowości, które do tej pory nie funkcjonowały. Przede wszystkim elektroniczna weryfikacja prawa do bezpłatnych świadczeń medycznych, czyli e-WUŚ. Pacjent już nie ma obowiązku przychodzenia do lekarza z papierowym dowodem ubezpieczenia. Inną ważną kwestią jest określenie przez Ministra Zdrowia standardów opieki nad kobietą w ciąży i nad noworodkiem. Takich zmian jest kilkanaście. Są też kwestie wprowadzane już w roku ubiegłym, ale nadal budzące wiele wątpliwości i zapytań, jak chociażby refundacja leków. Dlatego w naszym informatorze staraliśmy się - korzystając również z Państwa sugestii i sygnałów kierowanych do świętokrzyskiego NFZ - wyjaśnić jak najwięcej niejasności i krok po kroku przedstawić, jak poruszać się po tym systemie. Od kwestii podstawowej, jaką jest prawo do bezpłatnego leczenia, ubezpieczenie zdrowotne, poprzez omówienie poszczególnych zakresów świadczeń medycznych. Opisujemy, co ma zrobić chory, jak postępować, czego się domagać, by mógł korzystać z bezpłatnej opieki medycznej i by sytuacji konfliktowych w przychodniach i szpitalach było jak najmniej. Przynajmniej też prawa pacjenta, szczególne uprawnienia niektórych grup pacjentów oraz dane teled adresowe instytucji, które mogą być pomocne.*

*Tak jak w poprzednich trzech edycjach poradnika, publikujemy też listę placówek medycznych województwa świętokrzyskiego mających kontrakt z NFZ, a więc przyjmujących osoby ubezpieczone bez opłat. Duże zmiany, w porównaniu z rokiem ubiegłym, są zwłaszcza w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, nieco mniejsze w nocnej i świątecznej pomocy medycznej. Po przeprowadzonych konkursach w tych zakresach medycznych część placówek nie uzyskała kontraktu, a na ich miejsce „weszły” nowe poradnie i oddziały.*

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

### I. Informacje podstawowe

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

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

#### **Ważne !**

Zapewnienie przez państwo prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie jest równoznaczne z gwarancją realizowania wszystkich rodzajów świadczeń. Nie oznacza także ich pełnej bezpłatności. Przykładowo częściowo odpłatne jest leczenie stomatologiczne. Podczas leczenia uzdrowiskowego czy pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym trzeba się liczyć z dopłatą do zakwaterowania i wyżywienia. Pacjent może być obciążony kosztami niektórych usług transportu sanitarnego. Istnieje też wykaz świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych (a więc w całości płaconych przez pacjenta), który zawiera takie pozycje, jak na przykład operacje plastyczne w przypadkach niebędących następstwami wady wrodzonej, nieobowiązkowe szczepienia ochronne, akupresura, medycyna niekonwencjonalna, itp.

Aby nie płacić za leczenie (oprócz wymienionych powyżej przypadków) trzeba być ubezpieczonym lub zaliczać się do jednej z grup osób nieubezpieczonych, którym bezpłatna opieka przysługuje na podstawie odrębnych przepisów. Podstawową zasadą ubezpieczenia zdrowotnego jest **solidaryzm społeczny**. Oznacza to, że każdy ubezpieczony, bez względu na to, jak wysoką kwotowo opłaca składkę zdrowotną (w 2013 roku wynosi ona 9 procent przychodu), ma prawo otrzymać taką samą pomoc medyczną i przysługują mu te same prawa. Pieniądze ze składki nie są odkładane na odrębne konta Polaków, ale trafiają do centrali NFZ w Warszawie, a następnie są dzielone na poszczególne województwa w zależności - między innymi - od liczby mieszkańców, demografii, liczby placówek medycznych w danym regionie, stopnia specjalizacji tych placówek. Dzięki temu z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych może

korzystać każdy uprawniony, a nie tylko ten, który zgromadził najwięcej środków, bo najwięcej zarabia i niewiele korzysta z usług medycznych. Przy innym rozwiązaniu najubożsi ze swojej składki nie mieliby za co się leczyć, zwłaszcza nie mogliby korzystać z bardzo drogich procedur medycznych stosowanych na przykład w onkologii (chemioterapia, radioterapia), kardiologii (przeszczepy, plastyki tętnic, by-passy), ortopedii, neurologii, itp., których koszty liczą się w dziesiątkach i setkach tysięcy złotych (najdroższe leczenie pacjenta w województwie świętokrzyskim wyniosło prawie milion złotych).

Uprawnionymi do świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych są:

- **Osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego.**
- **Zgłoszeni do ubezpieczenia członkowie rodziny osoby ubezpieczonej** (*szerzej o obowiązkowym ubezpieczeniu i zasadach ubezpieczania członków rodzin w rozdziale „Ubezpieczenie zdrowotne”*).
- **Osoby uprawnione do świadczeń na podstawie decyzji wójta ( burmistrza lub prezydenta miasta).**

Są to osoby nieubezpieczone spełniające określone kryterium dochodowe (określa je ustawa o pomocy społecznej), posiadające obywatelstwo polskie i mieszkające w Polsce. Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej osoby te uzyskują na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta miasta) gminy właściwej ze względu na ich miejsce zamieszkania. Decyzja wydawana jest:

  - na wniosek samego zainteresowanego;
  - na wniosek placówki, która udzielała pomocy medycznej - złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczeń zdrowotnych w stanie nagłym;
  - na wniosek oddziału wojewódzkiego NFZ;
  - z urzędu.
- **Osoby do ukończenia 18 roku życia, kobiety w okresie ciąży, porodu i pokoju.**

Prawo do bezpłatnego leczenia mają także nieubezpieczone dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i pokoju (do 42 dnia po porodzie) pod warunkiem, że mają obywatelstwo polskie i mieszkają w Polsce.
- **Osoby ubezpieczone w innym kraju UE/EFTA.**

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

## 2. Ubezpieczenie zdrowotne

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

Osoba ubezpieczona **ma obowiązek zgłosić (a także wyrejestrować) do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, ale tylko tych, którzy nie posiadają własnego tytułu do ubezpieczenia** (przykładowo nie można zgłosić do ubezpieczenia członka rodziny, który jest zarejestrowany w urzędzie pracy, pracuje za granicą, prowadzi własną działalność gospodarczą), a zamieszkują na terenie Polski lub jednego z krajów Unii Europejskiej (UE) czy Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i nie podlegają ustawodawstwu innemu niż polskie. Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny nie powoduje zwielokrotnienia pobieranej składki zdrowotnej. Natomiast niezgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny niemającego prawa do ubezpieczenia z własnego tytułu grozi zapłatą grzywny, a także - w razie korzystania ze świadczeń medycznych - koniecznością zapłaty za nie. Członkiem rodziny w świetle przepisów ustawy jest:

1. **dziecko** własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko obce w rodzinie zastępczej - do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności - bez ograniczenia wieku. Natomiast po ukończeniu 26 lat uczniowie i studenci, którzy nie podlegają obowiązkowi z żadnego tytułu (np. nie są zatrudnieni lub nie są zarejestrowani w Urzędzie Pracy, bądź nie mogą być zgłoszeni przez ubezpieczonego małżonka), powinni powiadomić szkołę lub uczelnię, która zgłosi ich do ubezpieczenia w NFZ i będzie z tego tytułu odprowadzać składkę;
2. **małżonek**;
3. **krewny** wstępny (tj. ojciec, matka, dziadkowie) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.



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

### **Przykład 1**

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

### **Przykład 2**

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

### **Przykład 3**

Jan K. będąc zatrudnionym zgłosił do ubezpieczenia córkę, studentkę. Dziewczyna w trakcie roku akademickiego miała płatne praktyki w zakładzie pracy, który odprowadzał za nią składkę zdrowotną. Automatycznie zyskała prawo do ubezpieczenia z własnego tytułu, musi więc zostać wykreślona przez ojca z ubezpieczenia jako członek rodziny. Po zakończeniu praktyk staje się osobą nieubezpieczoną. Placówka medyczna zażąda od niej pieniędzy za leczenie. Jeśli ojciec - zaraz po zakończeniu praktyk - ponownie zgłosi córkę do ubezpieczenia, studentka ma prawo do bezpłatnej opieki medycznej.

#### **Ważne !**

Polisy ubezpieczeniowe wykupione w różnych towarzystwach i zakładach ubezpieczeniowych nie dają statusu osób ubezpieczonych w Funduszu - NFZ nie może zatem finansować kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom nieubezpieczonym w Funduszu, a posiadającym tego rodzaju polisy i ubezpieczenia.

### Nie zapomnij

Od 1 stycznia 2013 r., jeśli jesteś rodzicem i jesteś osobą ubezpieczoną, masz obowiązek poinformować swojego płatnika składek (np. pracodawcę) o nowo narodzonym dziecku, które należy zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego.



Może to zrobić każde z rodziców. Pamiętaj! To jest Twój obowiązek!

### Masz na to 7 dni

Jeżeli nie zgłosiłeś dziecka przed 1 stycznia 2013 r., nie zwlekaj i zgłoś je jak najszybciej.

Uwaga! Jeśli żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce albo innym kraju UE lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie innych przepisów prawa, do ubezpieczenia zdrowotnego mogą wnuka zgłosić ubezpieczeni w Polsce babcia albo dziadek.

Gdy dziecko jest członkiem rodziny ubezpieczonego i zostało zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego, za jego leczenie zapłaci NFZ. Jeżeli rodzice dziecka nie mają prawa do świadczeń finansowanych przez Fundusz i dlatego nie zgłosili go do ubezpieczenia, za leczenie dziecka do 18. r.ż. zapłaci budżet państwa – pod warunkiem, że jest ono obywatelem polskim.

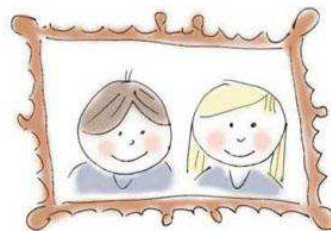
### Ważne!

Jeżeli zmieniasz pracę po 1 stycznia 2013 r. powinieneś poinformować nowego pracodawcę, że masz członków rodziny, których należy zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego.



Nie wystarczy, że już raz zgłosiłeś ich do ubezpieczenia w poprzednim miejscu pracy. Kiedy zmienisz pracę zostaniesz wyrejestrowany z ubezpieczenia zdrowotnego, a razem z Tobą wszyscy zgłoszeni wcześniej członkowie rodziny.

### Kto jest członkiem rodziny osoby ubezpieczonej?



- **Dziecko** - własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, jeżeli natomiast posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku.
- **Małżonek** – jeśli nie ma własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.
- **Rodzice, dziadkowie (tzw. wstępni)** – jeśli nie mają własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego i pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

## Ubezpieczenie dobrowolne

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

W celu zawarcia umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, osoba zainteresowana musi:

- zgłosić się do Oddziału Funduszu właściwego dla miejsca zamieszkania;
- wypełnić wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, dołączyć dokument określający datę, do której podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu i odprowadzana była za nią składka (w przypadku ubezpieczenia zagranicznego potwierdzenie okresów ubezpieczenia w kraju UE/EFTA należy przedstawić na formularzu E104 lub E001 wydanym przez instytucję ubezpieczeniową państwa, w którym była ubezpieczona) oraz okazać dowód tożsamości;
- w ciągu 7 dni od podpisania umowy zgłosić się do ZUS, by dokonać zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego siebie i ewentualnie członków rodziny;
- opłacać comiesięczną składkę, a po rozwiązaniu lub wygaśnięciu umowy

wyrejestrować się z ubezpieczenia zdrowotnego w ZUS.

Wnioskodawca podpisuje umowę w siedzibie oddziału wojewódzkiego NFZ osobiście lub przez pełnomocnika, któremu udzielił pisemnego upoważnienia.

### **Ważne !**

- Tą samą umową mogą zostać objęci również zgłoszeni we wniosku członkowie rodziny wnioskodawcy, spełniający warunki określone przepisami ustawy (rozdział „Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej”).
- Liczba osób objętych ubezpieczeniem na podstawie jednej umowy nie ma wpływu na wysokość opłacanej składki.
- Prawo do świadczeń zdrowotnych ubezpieczonego i członków jego rodziny rozpoczyna się w dniu określonym w umowie, a wygasa po upływie 30 dni od rozwiązania lub wygaśnięcia umowy.
- Umowa zawierana jest na czas nieokreślony. Można ją rozwiązać w drodze pisemnego poinformowania Narodowego Funduszu Zdrowia o rezygnacji z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Natomiast umowa wygasa po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składki, z chwilą zmiany miejsca zamieszkania poza terytorium Polski, objęcia obowiązkiem ubezpieczenia z innego tytułu (również w krajach UE/EFTA).

Wysokość comiesięcznie odprowadzanej składki zależy od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku. Zmienia się ona raz na kwartał. Ponadto, przed zawarciem umowy wnioskodawca wpłaca na konto oddziału wojewódzkiego Funduszu dodatkową, jednorazową opłatę, jeżeli nie był ubezpieczony i nie odprowadzał składki:

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

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

System: Elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców (wersja: 2012.09.1.3)  
Operator: \_\_\_\_\_

Weryfikacja ubezpieczenia Zmiana hasła Wyloguj

Świadczeniodawca  
Identyfikator: \_\_\_\_\_  
Nazwa: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_

**e-WUŚ**  
Elektroniczna Weryfikacja  
Upnień Świadczeniobiorców

Weryfikacja prawa do Świadczeń opieki zdrowotnej

PESEL: \_\_\_\_\_

**Sprawdź**

✓ Fundusz potwierdza prawo do świadczeń

PESEL \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
Nazwisko \_\_\_\_\_  
KOD AUTORYZACJI \_\_\_\_\_

**NFZ**  
Narodowy Fundusz Zdrowia

Rys.1

System: Elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców (wersja: 2012.09.1.3)  
Operator: \_\_\_\_\_

Weryfikacja ubezpieczenia Zmiana hasła Wyloguj

Świadczeniodawca  
Identyfikator: \_\_\_\_\_  
Nazwa: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_

**e-WUŚ**  
Elektroniczna Weryfikacja  
Upnień Świadczeniobiorców

Weryfikacja prawa do Świadczeń opieki zdrowotnej

PESEL: \_\_\_\_\_

**Sprawdź**

? Fundusz nie potwierdza prawa do świadczeń

PESEL \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
Nazwisko \_\_\_\_\_  
KOD AUTORYZACJI \_\_\_\_\_

**NFZ**  
Narodowy Fundusz Zdrowia

Rys.2

Elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców (pacjentów) - e-WUŚ, to system informatyczny, dzięki któremu lekarz (osoba uprawniona w placówce medycznej) sprawdza w zbiorze danych pochodzących z baz NFZ, ZUS, KRUS oraz MSWiA, czy pacjent figuruje jako uprawniony do bezpłatnych świadczeń medycznych. A to oznacza, że **od 1 stycznia 2013 roku chorzy nie muszą się już okazywać się w poradniach i szpitalach papierowym dowodem ubezpieczenia - wystarczy, że na wizycie okażą się numerem PESEL oraz jednym z trzech dokumentów**

**potwierdzających tożsamość: dowodem osobistym, paszportem, prawem jazdy.** W placówce medycznej za pomocą systemu elektronicznego w ciągu kilku sekund lekarz otrzyma odpowiedź czy NFZ bądź budżet państwa sfinansuje leczenie (rys. nr 1). Jeżeli NFZ potwierdzi prawo do świadczeń wówczas sprawy formalne się kończą - pacjent jest przyjmowany i nie płaci za leczenie. Dotychczasowe dowody ubezpieczenia, takie jak np. druk ZUS ZUA i ZCZA, RMUA, legitymacja emeryta, rencisty nie przechodzą jednak do historii. Mogą się okazać bardzo przydatne, kiedy z różnych powodów (np. gdy dane o zgłoszeniu do ubezpieczenia nie zostały jeszcze przekazane do systemu) NFZ nie będzie mógł potwierdzić prawa do świadczeń (rysunek nr 2). W sytuacji, gdy e-WUŚ zweryfikuje pacjenta negatywnie i gdy nie ma on przy sobie aktualnego dokumentu ubezpieczenia, może złożyć oświadczenie, że jest osobą ubezpieczoną (gotowy druk otrzyma w przychodni czy szpitalu) i musi być ono honorowane przez placówkę medyczną.

### **Ważne !**

Lekarz (rejestratorka) w przychodni, szpitalu czy każdej innej placówce medycznej nie ma prawa odmówić rejestracji i przyjęcia pacjenta tylko dlatego, że system e-WUŚ nie potwierdził jego prawa do świadczeń (czerwony ekran). Chory w takiej sytuacji może okazać się papierowym dowodem ubezpieczenia lub wypełnić oświadczenie. **Odsyłanie pacjentów i odmowa rejestracji tylko na podstawie braku pozytywnej weryfikacji w systemie e-WUŚ jest niezgodne z prawem.** Jest również niedopuszczalne, by w przychodni, szpitalu żądano od pacjenta papierowego dowodu ubezpieczenia lub oświadczenia bez wcześniejszej weryfikacji elektronicznej. Pacjent ma prawo do takiej weryfikacji i świadczeniodawca ma obowiązek ją przeprowadzić (art. 50 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Dopiero „czerwony komunikat” jest powodem do żądania okazania np. druku RMUA czy legitymacji rencisty - określa to znowelizowana ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm).

**Pamiętać jednak należy, że oświadczenie nieprawdy czy też przedstawienie dokumentu ubezpieczenia, podczas gdy ono wygasło, wiąże się z windykacją poniesionych przez NFZ kosztów.** Jeżeli okaże się, że chory jest nieubezpieczony, za wizytę wprawdzie nie zapłaci, ale będzie musiał zwrócić Funduszowi pieniądze, które ten przekazał przychodni czy szpitalowi za jego leczenie. Stąd tak istotna jest kwestia zgłoszenia do ubezpieczenia członków rodzin - nie jest tak, że gdy jedna osoba w rodzinie jest ubezpieczona, to automatycznie pozostałe też.



## Czy jestem ubezpieczony?

Przychodząc do lekarza zadajesz sobie pytanie, czy jestem ubezpieczony? Czy mam prawo do świadczeń?



Od 1 stycznia 2013 r. nie będziesz musiał wróżyć z fusów ani korzystać z usług wróżki, żeby to sprawdzić.

Wystarczy, że będziesz miał przy sobie jeden z wymienionych dokumentów:

- dowód osobisty,
- paszport,
- prawo jazdy.

W przypadku dzieci objętych obowiązkiem szkolnym, do ukończenia 18. roku życia:

- aktualną legitymację szkolną.



## Pamiętaj!

Twój numer PESEL to klucz do weryfikacji Twoich uprawnień – to dzięki niemu lekarz będzie mógł sprawdzić elektronicznie w systemie NFZ, czy masz aktualne prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, czy będzie mógł wypisać Ci bez obaw refundowaną receptę lub skierować na badania.

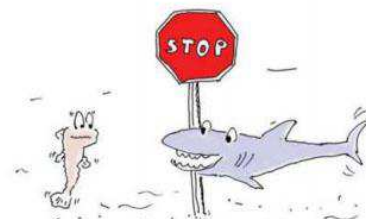
Dlatego zapamiętaj swój PESEL albo miej przy sobie dokument z tym numerem.

# PESEL!!!

Podaj swój numer PESEL w rejestracji, a w ciągu kilku chwil Ty i Twój lekarz będziecie mieli pewność, że NFZ sfinansuje Twoje leczenie.

## Nie martw się!

Jeżeli w rejestracji otrzymasz informację, że NFZ nie potwierdził Twoich uprawnień do świadczeń, a wiesz, że masz do nich prawo,



możesz je potwierdzić, tak jak dotychczas, za pomocą dokumentów papierowych, np.:

- zaświadczeniem z zakładu pracy,
- legitymacją emeryta lub rencisty,
- aktualnym zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego.

Jeżeli nie masz przy sobie takiego dokumentu, możesz złożyć oświadczenie o Twoim prawie do świadczeń, które musi zawierać:

- imię i nazwisko pacjenta,
- adres zamieszkania,
- podstawę prawną do świadczeń, np. zawarta umowa o pracę, emerytura,
- numer PESEL,
- rodzaj dokumentu, którym potwierdziłeś swoją tożsamość u lekarza.

## 4. Rejestracja i listy oczekujących

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

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

### Ważne !

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

W rejestracji przy zapisywaniu do lekarza powinno wyznaczyć się pacjentowi możliwie najkrótszy termin (w przypadkach nagłych pacjent powinien być przyjęty poza kolejką), a jeżeli z przyczyn obiektywnych jest on niemożliwy do dotrzymania, świadczeniodawca ma obowiązek zawiadomić o tym pacjenta i wyznaczyć nowy termin wizyty.

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

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

Lekarz powinien przyjąć pacjenta w jak najszybszym terminie. Jeżeli jednak nie jest to przypadek nagły, a nie ma możliwości przyjęcia w dniu zgłoszenia, placówka medyczna ma obowiązek umieścić osobę na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, a następnie realizować przyjęcia zgodnie z kolejnością zapisów. Przesunięcie na liście może być spowodowane względami medycznymi, a także przyczynami leżącymi po stronie placówki medycznej (np. remont oddziału) lub uzasadnioną prośbą pacjenta - w przypadku zmiany na termin późniejszy. Listy powinny prowadzić placówki mające umowę z NFZ na świadczenia w zakresie:

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

### **Ważne !**

Lekarz, który kieruje pacjenta na dalsze leczenie specjalistyczne, powinien zakwalifikować chorego do jednej z dwóch kategorii: przypadek pilny (konieczne jest jak najszybsze zdiagnozowanie i podjęcie leczenia specjalistycznego) i przypadek stabilny (udzielenie świadczenia nie jest pilne). Od rodzaju kategorii zależy termin przyjęcia. Wpisy na listach oczekujących powinny być prowadzone na bieżąco - nie jest zgodne z prawem wyznaczanie wybranych dni tygodnia bądź miesiąca, do zapisywania się na wizytę lub zabieg operacyjny.

## 5. Dokumentacja medyczna

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

Formy udostępniania dokumentacji medycznej

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

Udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu, w siedzibie placówki medycznej jest nieodpłatne. Natomiast już za sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii płaci pacjent. Ustalona jest maksymalna opłata, zależna od wysokości przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale i okresie jego obowiązywania: 1 strona wyciągu lub odpisu - maksymalnie 0,002% przeciętnego wynagrodzenia, 1 strona kopii - maksymalnie 0,0002% przeciętnego wynagrodzenia, wyciąg, odpis lub kopia na elektronicznym nośniku danych - 0,002% przeciętnego wynagrodzenia.

Przykładowo w połowie 2012 roku maksymalne opłaty wynosiły:

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

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

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

- w związku z dalszym leczeniem lub rehabilitacją;
- orzekające niezdolność do pracy;
- związane z kontynuowaniem nauki;
- związane z uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych oraz w zorganizowanym wypoczynku;
- dla celów pomocy społecznej;
- dla celów orzecznictwa o niepełnosprawności;



- w celu uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
- dla ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.

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

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

Wysokość opłaty określa zakład opieki zdrowotnej.

## II. Informacje o rodzajach świadczeń medycznych

### 1. Stan nagły, zagrożenie życia i zdrowia

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

#### **Ważne !**

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

### **Ratownictwo medyczne, pomoc w SOR i na izbach przyjęć**

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

Do stanów zagrożenia życia i zdrowia zaliczamy:

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

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

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

### **Jak wezwać pogotowie ratunkowe?**

Aby wezwać karetkę pogotowia ratunkowego należy zadzwonić:

- z telefonu stacjonarnego na numer **999**
- z telefonu komórkowego na numer **999** lub **112**

Przy zgłoszeniu należy podać dyspozytorowi następujące informacje:

- powód wezwania (objawy, kogo dotyczą)
- dokładne miejsce zdarzenia (adres, lokalizacja, punkty orientacyjne)
- kto wzywa zespół ratowniczy.

### **Nocna i świąteczna opieka zdrowotna**

W przypadkach nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia się stanu zdrowia niebędących stanem zagrożenia życia, które wystąpiły po godzinach zamknięcia przychodni chory może skorzystać z pomocy dyżurującej poradni w ramach tak zwanej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (wykaz w części B, rozdział I)

Są to najczęściej sytuacje, gdy:

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

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

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

Nocna i świąteczna pomoc medyczna dostępna jest w godzinach 18:00 – 8:00 rano dnia następnego oraz w dni ustawowo wolne od pracy w wyznaczonych poradniach (punktach) dyżurujących. W punkcie (mieszczącym się w lokalu przychodni, szpitalu, pogotowiu ratunkowym) świadczącym nocną i świąteczną pomoc medyczną zawsze musi być lekarz i pielęgniarka. Lekarz mający dyżur w ramach nocnej i świątecznej pomocy medycznej nie może w tym samym czasie jeździć w karetce jako lekarz pogotowia ratunkowego ani przyjmować pacjentów w innej placówce ochrony zdrowia.

Do nocnej poradni można się zgłaszać bez skierowania.

### **Ważne !**

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

### **Doraźna pomoc stomatologiczna**

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

- **Kielce** - Gabinet stomatologiczny SP ZOZ MSWiA, ul. Wojska Polskiego 51 (IV piętro) - tel. (41) 349 35 68.

- **Bilcza** - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Dentos-Medic" - Przychodnie Specjalistyczne, ul. Ściegiennego 7d, tel. (41) 301 80 14;
- **Starachowice** - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - "Wamed", ul. Jana Pawła II 1, tel. (41) 273 57 02;
- **Busko Zdrój** - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Dentalvita", ul. Kazimierza Wielkiego 29, tel. (41) 378 61 95.

## Specjalistyczna pomoc medyczna w godzinach późnowieczornych

W godzinach późnowieczornych w przypadku nagłego wypadku czy zdarzenia medycznego niewymagającego pomocy pogotowia ratunkowego czy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć (np. zwicnięcie, proste złamanie, rozcięcie skóry, nieduża rana, ciało obce w oku) pacjenci mogą się zgłaszać po pomoc do następujących poradni:

### Pomoc chirurgiczna i ortopedyczna

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

### Pomoc okulistyczna

- Poradnia Okulistyczna, Świętokrzyskie Centrum Okulistyczne "LASER" Spółka Cywilna Jerzy Szaflik, Michał Kamiński, **Kielce**, Zagórska 20/26, tel. 41 343 15 46 - w poniedziałki, wtorki, środy od godz. 18:00 do godziny 21:00, w czwartki i piątki od godz. 18:00 do godziny 22:00 oraz w soboty w godzinach 9:00-13:00.

### **Ważne !**

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

## 2. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Podstawowa opieka zdrowotna to najczęściej pierwszy i jednocześnie najpowszechniejszy etap leczenia. Każdy ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego), położnej i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej spośród wszystkich, którzy mają umowę z NFZ. Najlepiej jednak wybrać poradnię najbliższej faktycznego miejsca zamieszkania (nie zameldowania).

Wyboru dokonuje się poprzez złożenie deklaracji (druk otrzymać można w przychodni, od lekarza, pielęgniarki i położnej) - nie trzeba niczego potwierdzać w oddziale NFZ. Pacjent ma prawo zmienić dwa razy w roku kalendarzowym zarówno lekarza, pielęgniarkę, jak i położną POZ - wystarczy, że ponownie wypełni deklarację w nowej placówce i może być już przyjęty tego samego dnia. Za trzecią i każdą kolejną zmianę należy zapłacić 80 zł na konto NFZ - nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń przez dotychczasowego lekarza (pielęgniarkę/położną) oraz z innych przyczyn niezależnych od woli pacjenta.

Świadczenia POZ wykonywane są w miejscu prowadzenia praktyki (przychodni, ośrodka zdrowia) oraz - w uzasadnionych wypadkach - w domu chorego (tak zwana wizyta domowa). Pacjent może zarejestrować się do lekarza osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osób trzecich. Przychodnia POZ powinna być otwarta od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8-18, jednak dopuszczalne jest, by filie pracowały krócej pod warunkiem, że pacjent ma zapewniony dostęp do innej przychodni prowadzonej przez tego samego świadczeniodawcę. W godzinach 18 - 8 rano dnia następnego oraz w dni ustawowo wolne od pracy pacjenci mogą skorzystać z pomocy lekarza w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (bez skierowania) w poradni dyżurującej właściwej miejscu zamieszkania (poradnie dyżurujące nie są związane z lekarzem POZ, do którego zadeklarował się pacjent). Dopuszczone jest jednak korzystanie z usług innej dyżurującej poradni (szczegóły w rozdziale „Nocna i świąteczna pomoc medyczna”).

Podczas pobytu poza miejscem zamieszkania, na przykład na wakacjach, u rodziny, w razie nagłego zachorowania lub pogorszenia się stanu zdrowia, chory ma prawo do skorzystania z pomocy lekarza POZ w miejscu, gdzie się znajduje - jako tak zwany **pacjent spoza listy**. W przypadku dłuższego pobytu poza miejscem zamieszkania (jak np. studia), lepiej jest zapisać się do poradni w miejscu pobytu. Wówczas tam skorzystamy z pomocy lekarza, pielęgniarki czy położnej POZ bez ograniczeń, a w razie powrotu do domu i nagłego zachorowania - w przychodni domowej jako pacjent spoza listy.

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

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

## Lekarz POZ

Do zadań lekarza POZ należy między innymi:

- kierowanie na badania laboratoryjne - (lekarz wskazuje pacjentowi laboratorium, w którym zostaną one wykonane bezpłatnie; w przypadku uzasadnionym medycznie materiał do badań laboratoryjnych może być pobrany w domu pacjenta);
- kierowanie pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala (lekarz POZ zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania);
- wypisywanie recept według zalecenia lekarza specjalisty - lekarz POZ może wystawić pacjentowi receptę na leki, których stosowanie zalecił lekarz w poradni specjalistycznej, jeżeli otrzyma od niego informację o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, może też sam dokonać weryfikacji ordynacji na podstawie własnego badania lekarskiego;
- kierowanie na zabiegi w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta;
- kierowanie na rehabilitację - (wyjątkiem są skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne związane z leczeniem wad postawy oraz dysfunkcją narządu ruchu, których przyczyną są te wady. W takich przypadkach lekarz POZ wystawia skierowanie do poradni rehabilitacyjnej lub ortopedycznej);
- szczepienia ochronne i profilaktyka (np. profilaktyka chorób krążenia)
- opieka nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym (badania bilansowe, przesiewowe, profilaktyka i promocja zdrowia, itp.);
- kierowanie na leczenie uzdrowiskowe - (do skierowania lekarz dołącza aktualne wyniki podstawowych badań, wykonanych na swoje zlecenie i swój koszt).

### **Ważne !**

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

## Pielęgniarka i położna POZ

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

- promocja zdrowia i profilaktyka chorób - rozpoznawanie, ocena i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym podopiecznych, rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych, prowadzenie edukacji zdrowotnej i poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia, realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób, organizacja grup wsparcia, realizacja szczepień ochronnych;
- świadczenia pielęgnacyjne - opieka pielęgnacyjna u pacjentów w różnych fazach życia i choroby, przygotowywanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności;
- edukacja przedporodowa;
- wizyty patronażowe;
- wizyty w opiece pooperacyjnej nad kobietami po zabiegach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych;
- świadczenia diagnostyczne - przeprowadzanie wywiadów środowiskowych, wykonywanie badania fizykalnego, pomiarów i ich ocena, ocena stanu ogólnego chorego oraz procesu jego zdrowienia, monitorowanie bólu;
- świadczenia lecznicze - np. ustalanie diety w żywieniu przewlekle chorych, dobór technik karmienia w zależności od stanu chorego, zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna, cewnikowanie pęcherza u kobiet, wykonywanie wlewów doodbytniczych, podawanie leków różnymi drogami i technikami, zakładanie opatrunków, wykonywanie inhalacji, zdejmowanie szwów, stawianie baniek;
- świadczenia rehabilitacyjne - rehabilitacja przyłóżkowa w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z choroby pacjenta i długotrwałego unieruchomienia, usprawnienie ruchowe, drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej, ćwiczenia ogólnousprawniające.

### 3. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

#### Skierowanie

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (AOS) są udzielane na podstawie skierowania wydawanego przez lekarza POZ lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Zazwyczaj skierowanie jest ważne, dopóki istnieją przesłanki na potrzebę podjęcia leczenia specjalistycznego, nie jest więc określona liczba dni czy tygodni ważności skierowania.



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 (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).

Jeżeli lekarz POZ uznał, że konsultacja specjalistyczna ze względu na stan zdrowia pacjenta powinna się odbyć jak najszybciej, powinien zaznaczyć na skierowaniu "pilne". Ponowne skierowanie nie jest potrzebne przy kontynuacji leczenia w tej samej poradni, nawet jeżeli pacjent udaje się na wizytę w kolejnym roku. Nowe skierowanie jest natomiast niezbędne, jeżeli z jakichś względów (zarówno zależnych od chorego, jak i od poradni) chory chce zmienić lekarza czy poradnię specjalistyczną.

### **Ważne !**

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

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

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

Nie jest ono również wymagane dla osób:

- chorych na gruźlicę;
- zakażonych wirusem HIV;

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

## Rodzaje świadczeń specjalistycznych

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

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

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

Pacjenci, którzy przebywali w szpitalu mają możliwość skorzystania z tak zwanej specjalizacyjnej **porady hospitalizacyjnej** - w ciągu 30 dni od zakończenia pobytu na oddziale chory może się udać do tego zespołu lekarzy, który zajmował się nim podczas hospitalizacji, na przykład do poradni przyszpitalnej, jeżeli szpital taką dysponuje. Specjalnym rodzajem porady jest **świadczenie ginekologiczno - położnicze** udzielane kobietom w okresie ciąży fizjologicznej. **Pacjentki mają zagwarantowane w ramach wizyty u lekarza mającego umowę z NFZ szereg bezpłatnych świadczeń i badań, za które płaci Fundusz** (tak zwana wizyta ginekologiczna kobiety w okresie ciąży fizjologicznej jest średnio wyceniana na 135 złotych, a przez okres ciąży standardowo takich wizyt kobieta powinna odbyć osiem). O rodzaju świadczeń i badań decyduje lekarz. Ministerstwo Zdrowia wskazuje jednak konkretne działania, jakie powinien podjąć lekarz w poszczególnych tygodniach ciąży kobiety. Są to między innymi (w zależności od zaawansowania ciąży) badania: **grupa krwi, Rh, przeciwciała odpornościowe, morfologia, badania moczu, cytologia, badanie stężenia cukru we**

**krwi, usg, KTG, VDRL, posiew w kierunku paciorkowców, badanie w kierunku toksoplazmozy i różyczki.** Stąd niedopuszczalne jest kierowanie kobiety ciężarnej przez lekarza mającego umowę z NFZ na wykonanie tych badań prywatnie.

### **Ważne !**

Na stronie internetowej [www.nfz-kielce.pl](http://www.nfz-kielce.pl) (w zakładce „Gdzie się leczyć”) obok danych teleadresowych placówek medycznych umieszczony jest harmonogram czasu przyjęć lekarzy, jaki zadeklarowali podczas kontraktowania świadczeń. Jeżeli ulega on zmianie lub nie może być realizowany świadczeniodawca powinien poinformować o tym NFZ i przedstawić odpowiednie uzasadnienie.

### **Lekarz specjalista**

Lekarz specjalista w ramach udzielanych porad:

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

### **Ważne !**

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

- kieruje do innego specjalisty (o taką konsultację może poprosić również pacjent);
- kieruje do szpitala, jeżeli wymaga tego stan pacjenta. Do skierowania dołącza wyniki badań diagnostycznych umożliwiające potwierdzenie rozpoznania;
- kieruje na leczenie sanatoryjne;
- kieruje na leczenie rehabilitacyjne;
- prowadzi niezbędną edukację zachowań prozdrowotnych;
- wykonuje niektóre zabiegi, których przeprowadzenie jest możliwe w warunkach ambulatoryjnych, bez konieczności pobytu w szpitalu.

Ponadto lekarz specjalista jest zobowiązany do pisemnego informowania lekarza POZ o rozpoznaniu u pacjenta, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, ich

dawkowaniu, itp. Wystawia również pacjentowi zaświadczenie z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią, na podstawie którego lekarz POZ może wystawiać recepty na wymienione leki.

#### 4. Leczenie szpitalne

Leczenie szpitalne może się odbywać w trybie nagłym, bez skierowania (na przykład po wypadku, zawale, urazie, po decyzji lekarza szpitalnego oddziału ratunkowego) lub w trybie planowym, po okazaniu skierowania - kiedy cel leczenia nie może być osiągnięty w trybie ambulatoryjnym. Skierowanie na leczenie szpitalne może być wystawione przez każdego lekarza (również przez lekarza niemającego umowy z NFZ, lecz przyjmującego prywatnie), lekarza dentystę lub felczera. Ostateczną decyzję o przyjęciu chorego na leczenie szpitalne podejmuje lekarz dyżurujący w oddziale/izbie przyjęć/SOR, tak więc posiadanie skierowania wystawionego przez lekarza z przychodni nie jest jednoznaczne z przyjęciem na oddział szpitalny. W przypadku leczenia planowego, jeżeli nie ma możliwości przyjęcia pacjenta w dniu zgłoszenia, szpital ma obowiązek wpisać chorego na listę oczekujących i ustalić termin hospitalizacji/zabiegu.

Lekarz kierujący chorego do szpitala zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych. W czasie leczenia szpitalnego chory musi mieć zapewnione niezbędne badania diagnostyczne, leki związane z przebiegiem hospitalizacji, których zażywanie wynika z przyczyny hospitalizacji, a także wyroby medyczne, np. pampersy.

#### **Ważne !**

Zabronione jest wystawianie pacjentowi w trakcie jego pobytu w szpitalu recept na preparaty diagnostyczne, wyroby medyczne do realizacji w aptekach ogólnodostępnych oraz zleceń na środki pomocnicze (np. pieluchomajtki czy pieluchy anatomiczne). Takie zlecenie lekarz może wystawić choremu w dniu wypisu. Również w czasie pobytu pacjenta w szpitalu zleceń na zaopatrzenie w środki pomocnicze i ortopedyczne nie może wystawiać lekarz POZ czy lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

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

Po zakończeniu leczenia szpitalnego (także w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym czy izbie przyjęć), lekarz wydaje pacjentowi kartę informacyjną oraz stosownie do zaistniałej sytuacji, następujące dokumenty: skierowania do lekarzy specjalistów,

informację dla lekarza POZ, recepty, zwolnienie lekarskie oraz wyniki badań diagnostycznych wykonanych w toku leczenia, zlecenie na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz zlecenie na transport.

Pacjent ma prawo wyboru szpitala (posiadającego umowę z NFZ) na terenie całej Polski.

## 5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień mogą być prowadzone w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych. Do lekarza specjalisty psychiatrii nie jest potrzebne skierowanie, natomiast skierowanie na planowe leczenie szpitalne (w stanach ostrych skierowanie nie jest potrzebne) jest ważne 14 dni.

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

- **poradni** - chory ma zapewnione wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, świadczenia terapeutyczne, rehabilitacyjne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin;
- **ośrodka dziennym** (pacjent przebywa w ośrodku przez kilka godzin dziennie) - chory ma zapewnione konieczne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze, wyżywienie, świadczenia terapeutyczne, rehabilitacyjne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne;
- **szpitalu** (leczenie stacjonarne, całodobowe) - chory ma zapewnione wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, świadczenia z zakresu profilaktyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, leki i przedmioty ortopedyczne, świadczenia terapeutyczne, działania edukacyjne oraz wszystkie inne świadczenia związane z procesem leczenia. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego odbywa się za pisemną zgodą pacjenta, a w przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej - za zgodą jej przedstawiciela ustawowego.

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

O zakresie świadczeń, rodzaju terapii, konsultacjach i konieczności wykonania badań diagnostycznych decyduje lekarz po ocenie stanu zdrowia pacjenta. Szczegółowy opis gwarantowanych świadczeń z zakresu psychiatrii określają załączniki do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

## 6. Opieka długoterminowa, paliatywna i hospicyjna

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

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

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

By skorzystać z którejś z tych form opieki potrzebne jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - nie musi być to specjalista, może być również lekarz rodzinny. Wystawia je on na podstawie szczegółowego wywiadu i oceny stanu zdrowia pacjenta dokonanej według tak zwanej **skali Barthel**. Jest to specjalna tabela ze szczegółowymi pytaniami dotyczącymi stopnia samodzielności chorego (np. żywienia, korzystania z toalety, siadania, chodzenia, utrzymania higieny osobistej, kontrolowania potrzeb fizjologicznych). Jeżeli ta ocena wyniesie 40 punktów lub mniej, oznacza to, że stan pacjenta jest na tyle ciężki, że kwalifikuje go do skorzystania z jednej z dwóch wyżej wymienionych form opieki.

Opieka w zakładzie stacjonarnym przeznaczona jest dla osób przewlekle chorych czy też osób, które ukończyły leczenie szpitalne i nie wymagają pobytu na oddziale, ale ze względu na stan zdrowia, brak samodzielności, konieczność nadzoru lekarskiego, rehabilitacji nie powinny jeszcze przebywać w domu.

### Ważne !

Pacjent objęty opieką w zakładzie opiekuńczo leczniczym musi mieć zapewnione przez ten zakład niezbędne leki, badania diagnostyczne, w razie konieczności żywienie jelitowe i pozajelitowe oraz następujące przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze: kule, laski, trójnogi, czwórnoży, balkoniki, podpórki, wózki inwalidzkie, przedmioty pionizujące, cewniki, worki na mocz, sprzęt stomijny, pieluchomajtki i ich zamienniki, pieluchy anatomiczne, rurki tracheotomijne,

materace przeciwoleżynowe zmiennociśnieniowe, inne materace przeciwoleżynowe. Natomiast pacjentowi objętemu domową opieką długoterminową te przedmioty i środki zapewnia rodzina na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza.

Pacjenci niewymagający leczenia w zakładzie stacjonarnym, ale wymagający systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej realizowanej we współpracy z lekarzem POZ mogą być zakwalifikowani do tak zwanej pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Do zadań pielęgniarki wykonywanych w ramach domowej opieki długoterminowej należy:

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

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

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

Natomiast, jeżeli w skali Barthel chory uzyska więcej niż 40 punktów, może zostać objęty opieką przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej. W tym celu należy się skontaktować z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej i to na podstawie jego decyzji pielęgniarka środowiskowa obejmie pomocą osobę tego potrzebującą. Działania podejmowane przez pielęgniarki POZ mają również na celu przygotowanie

pacjentów w możliwie najkrótszym czasie do samodzielności w chorobie lub w niepełnosprawności, jak również edukację rodziny i opiekunów w celu zapewnienia pacjentowi pomocy w realizacji czynności życia codziennego.

## Opieka paliatywna i hospicyjna

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

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

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

## 7. Leczenie rehabilitacyjne

Rehabilitacja jest działem lecznictwa, celem którego - dzięki kompleksowemu postępowaniu - jest przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, a co się z tym wiąże - zdolności do pracy, brania czynnego udziału w życiu społecznym. Celem rehabilitacji jest poprawa komfortu i jakości życia. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą się odbywać w warunkach:

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

## Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych

Skierowanie na ten typ rehabilitacji leczniczej może wystawić każdy lekarz



ubezpieczenia zdrowotnego (skierowanie jest ważne **30 dni** od momentu wystawienia - przez ten okres należy je zarejestrować w zakładzie rehabilitacyjnym), a w przypadku dysfunkcji narządu ruchu wywołanej wadami postawy - lekarz poradni rehabilitacji leczniczej lub poradni ortopedii i traumatologii narządu ruchu. NFZ finansuje do 5 zabiegów dziennie w cyklu 10-dniowym. Zakład rehabilitacyjny wyznacza termin zabiegów zgodnie ze swoimi możliwościami i terminem zgłaszania się pacjentów.

## **Rehabilitacja w warunkach domowych**

Ten typ rehabilitacji przeznaczony jest dla osób nieporuszających się samodzielnie i niemających możliwości dotarcia do zakładu rehabilitacyjnego, z zaburzeniami funkcji motorycznych spowodowanymi:

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

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

## **Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym**

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

## Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych

Jest skierowana do chorych, którzy ze względu na stan zdrowia i kontynuację leczenia wymagają nie tylko kompleksowych czynności rehabilitacyjnych, ale także całodobowej opieki pielęgniarskiej i nadzoru lekarskiego. Skierowania wystawiane są przez specjalistów, a czas trwania zależy od rodzaju schorzenia i od decyzji lekarza prowadzącego na oddziale (najczęściej jest to kilka tygodni). Pacjent korzysta średnio z pięciu zabiegów dziennie.

### 8. Leczenie uzdrowiskowe

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

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

Ocenę celowości skierowania przeprowadza lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony w oddziale NFZ, wskazując rodzaj i miejsce leczenia uzdrowiskowego. Jeżeli stwierdzi przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia uzdrowiskowego, nie potwierdza skierowania. Zwracane jest ono lekarzowi, który je wystawił z podaniem przyczyny odmowy potwierdzenia, a pisemna informacja przekazywana jest pacjentowi. Decyzja jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie. Jeżeli natomiast lekarz specjalista potwierdzi zasadność leczenia uzdrowiskowego pacjent trafia na listę osób oczekujących na wyjazd.

Okres ważności skierowania na leczenie uzdrowiskowe wynosi 18 miesięcy **od daty wystawienia skierowania, a nie złożenia go do oddziału NFZ**. Skierowanie po utracie ważności jest - w celu weryfikacji - odsyłane jest do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który to skierowanie wystawiał, a pacjent jest powiadamiany o odświeżeniu skierowania. Lekarz dokonuje weryfikacji skierowania w terminie 30 dni od dnia otrzymania skierowania. Lekarzowi oceniającemu skierowanie przysługuje także prawo

dokonania zmiany kwalifikacji skierowania. Jeżeli weryfikacja dokonana przez lekarza jest pozytywna, pacjent nie traci swojego miejsca oczekiwania na liście.

Istnieją następujące formy leczenia uzdrowiskowego:

- w szpitalu uzdrowiskowym dla dorosłych: 21-dniowe, bezpłatne, w ramach zwolnienia lekarskiego;
- w szpitalu uzdrowiskowym dla dorosłych w formie rehabilitacji uzdrowiskowej: 28-dniowe, bezpłatne, w ramach zwolnienia lekarskiego;
- w sanatorium uzdrowiskowym dla dorosłych: 21-dniowe, w ramach urlopu, z częściową odpłatnością pacjenta za wyżywienie i zakwaterowanie;
- w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci (3-18 r. ż.): 27-dniowe, bezpłatne;
- w sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci (3-6 r. ż.) pod opieką osoby dorosłej: 21-dniowe, dla dzieci bezpłatne, natomiast opiekun dziecka ponosi pełny koszt pobytu wg cennika zakładu lecznictwa uzdrowiskowego, a opiekun czynny zawodowo wyjeżdża w ramach urlopu;
- leczenie ambulatoryjne: 6-18 osobodni, NFZ płaci za zabiegi, natomiast pacjent sam organizuje sobie nocleg i wyżywienie.

### **Ważne !**

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

**i lekarz wystawiający skierowanie nie ma wpływu na wybór miejscowości uzdrowiskowej. Leczenie uzdrowiskowe jest prowadzone przez cały rok, a wyniki leczenia nie zależą od pory roku.**

- NFZ nie ma wpływu na warunki zakwaterowania (rodzaj pokoju, pokój z sanitariatem lub bez, dochodzenie na zabiegi, posiłki, itp.).

Osoba skierowana na leczenie uzdrowiskowe ponosi następujące opłaty:

- koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego;
- koszty częściowej odpłatności za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach uzdrowiskowych (nie dotyczy szpitali uzdrowiskowych);
- koszty pobytu i wyżywienia podczas korzystania z leczenia ambulatoryjnego;
- koszty pobytu opiekuna;
- dodatkowe opłaty w zależności od przepisów lokalnych obowiązujących w miejscu położenia zakładu lecznictwa uzdrowiskowego np. opłaty klimatyczne.

## Rezygnacja

W przypadku rezygnacji z otrzymanego skierowania pacjent powinien je bezzwłocznie zwrócić do oddziału Funduszu. Każda rezygnacja z przyznanego leczenia uzdrowiskowego powinna być uzasadniona i udokumentowana pisemnie. Oddział Funduszu uznaje rezygnację i zwrot skierowania z leczenia uzdrowiskowego za zasadny wyłącznie w szczególnych przypadkach, takich jak: wypadek losowy, pobyt w szpitalu czy choroba pacjenta (potwierdzone odpowiednim dokumentem). Jeżeli rezygnacja zostaje uznana za zasadną, oddział Funduszu wyznacza nowy termin realizacji skierowania bez „wypadania” pacjenta z kolejki. Natomiast zwrot skierowania z takich powodów, jak na przykład: pacjentowi nie pasuje termin, okres grzewczy, opieka nad zwierzęciem domowym, zbyt krótki dzień, zła pogoda, zbyt mało towarzysko atrakcyjna miejscowość, zły dojazd, traktowany jest jak rezygnacja nieuzasadniona.

**Dział Lecznictwa Uzdrowiskowego** Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, 25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9, pokój nr 9. Przyjęcia osób ubezpieczonych - dni robocze w godzinach 8.00-14.30. Informacja telefoniczna (w godzinach 8-12): 0 41 36 46 241(242, 251). Przez całą dobę, siedem dni w tygodniu wnioski można wrzucić do specjalnie oznakowanej skrzynki znajdującej się na budynku głównym siedziby świętokrzyskiego NFZ.

Wniosek sanatoryjny można także złożyć w punktach obsługi świadczeniobiorców Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Sandomierzu, ul. Mickiewicza 34, godziny otwarcia - w dni robocze w godz. 7:30 – 15:30, tel. 0 663 43 15 71 oraz w Ostrowcu - Świętokrzyskim, oś. Słoneczne 43 (NZOZ „Rodzina”), tel. 41 247 67 53 w godz. 8:00 - 16:00.

## 9. Leczenie stomatologiczne

Leczenie stomatologiczne obejmuje leczenie chorób zębów, przyzębia i jamy ustnej. Pacjent, który chce skorzystać z pomocy stomatologa nie potrzebuje skierowania i może sobie sam wybrać gabinet spośród tych, które mają podpisaną umowę z NFZ. Rejestracja odbywa się na takich samych zasadach, jak w poradniach specjalistycznych (Rozdział I „Rejestracja i listy oczekujących”).

### Ważne !

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

Pacjentom przysługują m.in.:

- badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej jeden raz w okresie 12 miesięcy;
- badanie lekarskie kontrolne 3 razy w okresie 12 miesięcy;
- znieczulenie (tylko w powiązaniu ze świadczeniami gwarantowanymi);
- leczenie próchnicy - opatrunek leczniczy w zębie stałym, wypełnienie ubytku zęba;
- leczenie kanałowe zębów siecznych i kłów (zęby przednie górne i dolne od trójki do trójki);
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej;
- wypełnienie chemoutwardzalne białe do uzupełnienia ubytków w zębach siecznych i kłach (zęby przednie górne i dolne od trójki do trójki), a w pozostałych - amalgamat srebra lub cement gląsjonomerowy;
- usunięcie złogów nazębnych (tzw. kamień) raz na 12 miesięcy;
- usunięcie zęba oraz niektóre zabiegi chirurgiczne (określone przez Ministra Zdrowia);
- 2 zdjęcia rentgenowskie wewnątrzustne w okresie 12 miesięcy (w razie potrzeby);
- leczenie protetyczne z zastosowaniem ruchomych, częściowych i całkowitych protez - raz na 5 lat oraz naprawa protez raz na 2 lata. O leczeniu decyduje lekarz biorąc pod uwagę wskazania medyczne. Pacjent powinien potwierdzić (na zleceniu) odbiór wykonanej protezy lub jej naprawy;
- świadczenia protetyki stomatologicznej dla osób po chirurgicznym leczeniu

nowotworów w obrębie twarzoczaszki (zgodnie z wykazem określonym przez Ministra Zdrowia).

**Dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia przysługuje dodatkowo:**

- lakowanie pierwszych zębów trzonowych, tzw. szóstek - jeden raz do ukończenia 7 lat;
- lakierowanie zębów stałych - nie częściej niż raz na kwartał;
- impregnacja zębiny zębów mlecznych (tzw. lapisowanie);
- odbudowa zniszczonego, złamanego kąta w zębach siecznych stałych;
- leczenie kanałowe wszystkich zębów;
- kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień w zębach siecznych i kłach (zęby przednie górne i dolne od trójki do trójki);
- protezy dziecięce całkowite i częściowe.

**Dziecku do ukończenia 12 roku życia** przysługuje leczenie aparatem ortodontycznym do zdejmowania jedno- i dwuszczkowym. Bezpłatna kontrola po zakończeniu leczenia oraz naprawa aparatu (raz w roku) przysługuje wyłącznie dzieciom leczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego do ukończenia 13 lat. Nie przysługuje wymiana i naprawa aparatu uszkodzonego z powodu nieprawidłowego użytkowania. Pacjent powinien potwierdzić (na zleceniu) odbiór wykonanego aparatu ortodontycznego lub jego naprawy.

**Dzieci i młodzież do ukończenia 19 roku życia** mają prawo **dodatkowo** do profilaktycznych świadczeń stomatologicznych, w tym do:

- oceny stanu uzębienia;
- kontroli higieny jamy ustnej;
- profilaktyki profesjonalnej próchnicy, w tym profilaktyki fluorkowej przy braku przeciwwskazań;
- oceny stanu morfologicznego i funkcji żucia;
- wykrywania nieprawidłowości zgryzu i kwalifikacji do szczególnej opieki stomatologicznej;
- profilaktyki ortodontycznej zgodnie z zakresem określonym dla poszczególnych grup wiekowych przez Ministra Zdrowia.

**Kobiety w ciąży i w okresie połogu (42 dni od dnia porodu)** mają prawo **dodatkowo** do:

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

**Dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym do ukończenia 16 roku życia oraz osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym od ukończenia 16 roku życia przysługuje - jeżeli wynika to ze wskazań medycznych - dodatkowo:**

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

*(Szczegółowy wykaz bezpłatnych, gwarantowanych świadczeń stomatologicznych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. Nr 140, poz. 1144 z późn.zm.) wraz z załącznikami. W przypadku istotnych zmian w wykazie świadczeń gwarantowanych wprowadzonych po wydaniu niniejszego poradnika, ŚwOW NFZ opublikuje stosowny komunikat na stronie internetowej: [www.nfz-kielce.pl](http://www.nfz-kielce.pl)).*

## 10. Transport sanitarny

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

**Transport bezpłatny** - po decyzji lekarza - przysługuje:

- osobom z dysfunkcją ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków publicznego transportu bez względu na schorzenie pacjenta;
- w przypadku konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej wynikającej z ciągłości zachowania ciągłości leczenia (np. z jednego szpitala do drugiego).

**Transport częściowo odpłatny** (60 procent płaci pacjent, 40 placówka medyczna) po decyzji lekarza - przysługuje w wypadku:

- chorób krwi i narządów krwiotwórczych;
- chorób nowotworowych;
- chorób oczu;
- chorób przemiany materii;
- chorób psychicznych;
- chorób skóry i tkanki podskórnej;
- chorób układu krążenia;
- chorób układu moczowo-płciowego;

- chorób układu nerwowego;
- chorób układu oddechowego;
- chorób układu ruchu;
- chorób układu trawiennego;
- chorób układu wydzielania wewnętrznego;
- chorób zakaźnych i pasożytniczych;
- urazów i zatruc;
- wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych - gdy ze zlecenia wynika, że chory jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga pomocy innej osoby przy korzystaniu ze środków transportu publicznego lub wymaga korzystania z pojazdów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych.

### **Ważne !**

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

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

### **Transport w POZ**

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

Pacjentowi przysługuje transport POZ w przypadku:

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

Dotyczy to jednak wyłącznie pierwszorazowej wizyty - w przypadku kontynuacji leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a więc w przypadku kolejnej wizyty w tej samej poradni specjalistycznej, transport jest już realizowany nie przez POZ, ale przez tę poradnię specjalistyczną. Świadczenie obejmuje przejazd z miejsca zamieszkania pacjenta do placówki medycznej i z powrotem - zasady odpłatności takie jak wyżej.

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

- pacjent musi skorzystać z konkretnej poradni specjalistycznej lub



z wysokospecjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych realizowanych przez placówkę oddaloną od miejsca zamieszkania więcej niż 120 kilometrów („tam i z powrotem”) - *należy koniecznie dołączyć do wniosku zaświadczenie z poradni specjalistycznej, która ma wykonać świadczenie. Natomiast lekarz rodzinny potwierdza zasadność realizacji transportu dalekiego i wskazuje, kto ma go realizować;*

- pacjent z przyczyn losowych musiał skorzystać z pomocy szpitala za granicą i jego stan zdrowia nie pozwala na samodzielny powrót do domu lub wymaga kontynuacji leczenia w kraju - *do wniosku należy dołączyć zaświadczenie sporządzone w języku polskim, a przygotowane przez zagraniczny szpital, który realizował leczenie.*

Transport obejmuje trasę od granicy Polski do miejsca zamieszkania lub leczenia, nie jest realizowany za granicą. Aby skorzystać z dalekiego transportu sanitarnego pacjent (lub osoba przez niego upoważniona) powinna wystąpić do oddziału Funduszu z wnioskiem poświadczonym przez lekarza POZ. Ponadto w każdym takim przypadku lekarz POZ potwierdza zasadność realizacji transportu dalekiego i wskazuje, kto ma realizować przewóz.

## 11. Refundacja leków

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

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

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

limitu finansowania.

- Leki wydawane za odpłatnością 50 procent limitu finansowania.

Istnieją też dodatkowe uprawnienia przysługujące określonym grupom pacjentów:

- **IB (Inwalida Wojenny)** - inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, a także cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- **IW (Inwalida Wojskowy)** - inwalidom wojskowym - do wysokości limitu zaopatrzenie w leki z wykazu leków refundowanych
- **ZK - Zasłużonym Honorowym Dawcom Krwi lub Zasłużonym Dawcom Przeszczepu** - leki z wykazu leków refundowanych bezpłatnie do wysokości limitu finansowania oraz leki, które mogą stosować w związku z oddawaniem krwi, szpiku lub innych narządów.
- **PO** - osobom wykonującym obowiązek obrony - bezpłatnie i bez dopłaty do wysokości limitu finansowania wszystkie leki z wykazu leków refundowanych oraz leki recepturowe.
- **AZ** – uprawnionym pracownikom i byłym pracownikom zakładów produkujących wyroby zawierające azbest - bezpłatnie leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbecie wyszczególnione w osobnym wykazie.
- **CN** - nieubezpieczonym kobietom w okresie ciąży, porodu lub połogu posiadającym obywatelstwo polskie i zamieszkałym na terytorium Polski.
- **DN** - nieubezpieczonym do ukończenia 18 roku życia posiadającym obywatelstwo polskie i zamieszkałym na terytorium Polski.
- **IN** - osobom nieubezpieczonym, mającym prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym odrębnymi przepisami.
- **WP** – żołnierzom pełniącym czynną służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny.

### Termin realizacji recept:

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

- nie może przekroczyć 90 dni od daty jej wystawienia - w przypadku realizacji recepty na preparaty immunologiczne dla indywidualnego pacjenta.

### **Ważne !**

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

**Lekarz POZ ma również możliwość weryfikacji sposobu leczenia pacjenta w zakresie własnych kompetencji zawodowych.**

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

## **12. Refundacja przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych**

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

W przypadku zaopatrzenia comiesięcznego (np. pieluchomajtki, sprzęt stomijny, cewniki, worki do zbiórki moczu) zlecenie może wystawić zarówno lekarz specjalista, jak i lekarz pierwszego kontaktu; natomiast w przypadku pozostałych przedmiotów i materiałów (np. wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, materace przeciwodleżynowe) zlecenie musi być wystawione przez określonego specjalistę (np. zlecenie na aparat słuchowy wystawia laryngolog, a na soczewki okularowe - okulista). Zlecenie w celu potwierdzenia, chory lub inna osoba w jego imieniu przynosi osobiście albo przesyła

drogą pocztową do oddziału NFZ, do którego należy. Od 1 stycznia 2013 roku pacjent nie ma już obowiązku posiadania przy sobie papierowego dowodu ubezpieczenia, ale dobrze jest mieć przy sobie np. druk ZUS RMUA, ZUS ZUA, ZCZA czy legitymację emeryta. Mogą się one okazać niezbędne w przypadku nie potwierdzenia prawa do świadczeń przez system elektroniczny.

### **Ważne !**

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

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

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

**Dział ds. Środków Pomocniczych i Przedmiotów Ortopedycznych** Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, 25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9, pokój nr 3 (budynek seminarium), godziny otwarcia - w dni robocze od godziny 9:00-15:30. Informacja telefoniczna: (41) 36 46 237 lub 115. Przez całą dobę, siedem dni w tygodniu zlecenie w celu potwierdzenia można wrzucić do specjalnie oznakowanej skrzynki znajdującej się na budynku głównym siedziby świętokrzyskiego NFZ.

Potwierdzenia zlecenia można także dokonać w punktach obsługi świadczeniobiorców Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Sandomierzu, ul. Mickiewicza 34, godziny otwarcia - w dni robocze w godz. 7:30 –

15:30, tel. 0 663 43 15 71 oraz w Ostrowcu - Świętokrzyskim, os. Słoneczne 43 (NZOZ „Rodzina”), tel. ( 41) 247 67 53 w godz. 8:00 - 16:00.

### III. Profilaktyczne programy zdrowotne

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

W 2013 roku można skorzystać z następujących bezpłatnych programów profilaktycznych:

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

programu profilaktyki POChP w ciągu ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy.

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

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

### **Ważne !**

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

## IV. Leczenie w Unii Europejskiej



Wzór Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Wyjeżdżając na wypoczynek lub w celu odwiedzenia rodziny do któregośkolwiek kraju Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu EFTA (Islandii, Liechtensteinu, Norwegii i Szwajcarii) – nawet, jeżeli przejeżdżamy tranzytem - warto zabrać ze sobą Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, w skrócie EKUZ. Jest to dokument w postaci plastikowej karty, potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne, dzięki któremu w razie nagłego zachorowania czy wypadku nie będziemy płacić pełnego kosztu leczenia. Ponadto osoba ubezpieczona podczas pobytu w państwie członkowskim innym niż miejsce zamieszkania jest uprawniona do otrzymania świadczeń rzeczowych, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie jego pobytu (z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń i czasu trwania pobytu).

### Ważne !

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

EKUZ zapewnia nam pomoc medyczną prawie wyłącznie w stanach nagłego



zachorowania i zagrożenia życia - nie jest dokumentem, na podstawie którego za granicą możemy wykonać na przykład operację planową czy wykonać sobie badania. EKUZ nie jest też dokumentem potwierdzającym prawo do bezpłatnej opieki medycznej w Polsce – tą kartą nie możemy się posługiwać udając się do przychodni czy szpitala na terenie naszego kraju.

## Jak wyrobić sobie EKUZ?

EKUZ uzyskamy w Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, do którego odprowadzamy składki. W tym celu w oddziale wojewódzkim Funduszu, albo ze strony internetowej (<https://www.ekuz.nfz.gov.pl/>) musimy pobrać i wypełnić wniosek o wydanie EKUZ. Od 1 stycznia 2013 papierowy dowód ubezpieczenia nie jest wprawdzie konieczny, ale dobrze jest go jednak mieć przy sobie. Może się okazać niezbędny, gdy - z różnych względów - system elektroniczny, na podstawie którego wydaje się kartę, nie potwierdza naszego prawa do świadczeń, a jesteśmy ubezpieczeni. Wówczas pokazujemy jeden z dokumentów (ich wykaz znajduje się na drugiej stronie wniosku w „Informacjach dodatkowych”, wniosku o wydanie karty) i otrzymujemy kartę od ręki - nie musimy ponownie pojawiać się w siedzibie NFZ. Jeżeli nie mamy przy sobie druku RMUA, a CWU potwierdza nasze prawo do świadczeń, EKUZ oczywiście otrzymamy.

Z wypełnionym kwestionariuszem oraz dowodem osobistym zgłaszamy się do Wydziału Współpracy Międzynarodowej NFZ. Jeżeli nie możemy osobiście złożyć dokumentów i odebrać EKUZ możemy to zrobić przez zaufaną osobę, której wystawiamy pisemne upoważnienie.

## Termin ważności EKUZ

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego wydawana jest na następujące okresy:

- **5 lat** dla emeryta;
- **6 miesięcy** dla osób ubezpieczonych, tj. osób zatrudnionych, prowadzących pozarolniczą i rolniczą działalność gospodarczą, pobierających rentę, studentów, którzy ukończyli 26 lat zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię, członków rodzin wyżej wymienionych osób (w przypadku dzieci - powyżej 18 r.ż. niezbędne jest przedstawienie dokumentu potwierdzającego kontynuację nauki);
- **2 miesiące** dla osób bezrobotnych zarejestrowanych w Urzędzie Pracy oraz niewymienionych wcześniej osób ubezpieczonych.

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

- **do 6 miesięcy** dla kobiet w okresie ciąży lub porodu, posiadających obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (długość ważności karty jest uzależniony od stopnia zawansowania ciąży potwierdzonego przez lekarza ginekologa) oraz dzieci i młodzieży do 18 roku życia (okres ważności karty kończy się z dniem ukończenia przez te osoby 18 roku życia);
- **do 90 dni** (nie dłużej jednak niż data wskazana w decyzji) dla osób, które spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej i otrzymały w tej sprawie decyzję np. wójta, burmistrza;
- **do 42 dni od dnia porodu** dla kobiet w okresie połogu, posiadających obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

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

Jeżeli jesteśmy osobami mającymi prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i musieliśmy skorzystać z pomocy medycznej państw członkowskich, a nie posiadaliśmy EKUZ, musimy się liczyć z tym, że koszty leczenia pokryjemy z własnej kieszeni. Po powrocie do kraju możemy się ubiegać o ich częściowy czy całkowity zwrot, warunkiem jest jednak posiadanie dokumentacji. Dlatego od zagranicznej placówki żądamy wszelkich faktur, kserokopii dokumentacji medycznej, ordynacji lekarskich dotyczących osoby, która była leczona. Trzeba jednak pamiętać, że proces odzyskiwania pieniędzy jest długotrwały i nie zależy od NFZ, ale od strony zagranicznej.

## Leczenie planowe w krajach unijnych

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

W pozostałych przypadkach na leczenie w krajach unijnych musi wyrazić zgodę prezes NFZ.

**Wydział Współpracy Międzynarodowej Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ**, ul. Jana Pawła II 9, 25-025 Kielce - budynek seminarium, pokój numer 4, tel. (41) 36 46 222, 136, 215, godziny otwarcia - 8:00 - 16:00 w dni robocze. EKUZ można także otrzymać w punktach obsługi świadczeniobiorców Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Sandomierzu, ul. Mickiewicza 34, godziny otwarcia - w dni robocze w godz. 7:30 – 15:30, tel. 0 663 43 15 71 oraz w Ostrowcu Świętokrzyskim, oś. Słoneczne 43 (NZOZ „Rodzina”), tel. 41 247 67 53 w godz. 8:00 - 16:00.

## V. Prawa pacjenta

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

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

- udzielania mu świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- do świadczeń zdrowotnych pogotowia ratunkowego w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia;
- uzyskania od lekarza **przystępnej** informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniach (dotyczy to również pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 lat, a w przypadku chorych poniżej 16 roku życia - do informacji podanej w formie niezbędnej do prawidłowego przebiegu diagnostyki i terapii);
- informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych przez placówkę medyczną, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych realizowanych przez tę placówkę;
- dostępu do dokumentacji medycznej - zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek prowadzić i przechowywać dokumentację medyczną pacjenta i udostępniać ją (do wglądu lub do kopiowania) choremu lub osobie przez niego wskazanej;
- decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- wyrażenia zgody lub odmowy na przeprowadzenie badania lub zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko;
- poszanowania przez lekarza intymności i godności osobistej pacjenta;
- decydowania o uczestniczeniu przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osób innych niż niezbędny personel medyczny;
- wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego;

- wiedzy o zamiarze lekarza o odstąpieniu od leczenia pacjenta i wskazania mu realnych możliwości leczenia się u innego lekarza;
- decydowania o podaniu przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta;
- decydowania o udziale w eksperymencie medycznym;
- wiedzy o celach, sposobach i warunkach przeprowadzenia eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwościach cofnięcia zgody i odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium;
- wyrażenia i cofnięcia w każdej chwili sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów;
- dobrowolnego wyrażenia przed lekarzem zgody na pobranie od niego za życia komórek, tkanek lub narządów w celu ich przeszczepienia określoneму biorcy;
- ochrony danych osobowych dotyczących dawcy/biorcy przeszczepu i objęcia ich tajemnicą;
- pacjent mający być biorcą ma prawo do umieszczenia go na liście osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów i być wybrany jako biorca w oparciu o kryteria medyczne.

Ponadto w Zakładach Opieki Zdrowotnej udzielających świadczeń przez całą dobę (np. w szpitalu, sanatorium, zakładzie leczniczo-opiekuńczym) pacjent ma prawo do:

- zapewnienia mu środków farmaceutycznych i materiałów medycznych oraz pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia;
- opieki duszpasterskiej oraz dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie, kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz;
- wypisania z zakładu opieki zdrowotnej na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w tym zakładzie.

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

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

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

## VI. Dodatkowe uprawnienia wybranych grup pacjentów

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

**Inwalidzi wojenni, osoby represjonowane** (*legitymujące się „Książką inwalidy wojennego - wojskowego” wydaną przez ZUS o symbolu ZUS Rw-51 lub „Legitymacją osoby represjonowanej” wydaną przez ZUS o symbolu Rw-52*):

- bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do wysokości limitu określonego Obwieszczeniem Ministra Zdrowia;
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bez skierowania;
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

**Kombatanci** (*legitymujący się „Zaświadczeniem o uprawnieniach” wydanym przez Urząd ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych*):

- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bez skierowania;
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

**Inwalidzi wojskowi** (*legitymujący się „Książką inwalidy wojennego-wojskowego” wydaną przez ZUS o symbolu ZUS RW-51*):

- bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu określonego Obwieszczeniem Ministra Zdrowia;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych do wysokości limitu określonego obwieszczeniem Ministra Zdrowia;
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bez skierowania;
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

**Cywilne niewidome ofiary działań wojennych** (*legitymujące się „Legitymacja cywilnej*

*niewidomej ofiary działań wojennych” wydaną przez ZUS):*

- bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu określonego Obwieszczeniem Ministra Zdrowia - zgodnie ze wskazaniami ustawy refundacyjnej;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych do wysokości limitu określonego Rozporządzeniem Ministra Zdrowia;
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bez skierowania.

**Uprawniony żołnierz lub pracownik, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa** (*legitymujący się „Legitymacją osoby poszkodowanej poza granicami państwa” wydaną przez Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia):*

- bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu określonego Obwieszczeniem Ministra Zdrowia - zgodnie ze wskazaniami ustawy refundacyjnej oraz leki recepturowe na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych do wysokości limitu określonego Rozporządzeniem Ministra Zdrowia;
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach;
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bez skierowania.

**Weteran poszkodowany w działaniach poza granicami państw** (*legitymujący się Legitymacją weterana poszkodowanego wydaną przez Ministra Obrony Narodowej - w odniesieniu do żołnierzy, ministra właściwego do spraw wewnętrznych - w odniesieniu do funkcjonariuszy, albo Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego - w odniesieniu do funkcjonariuszy ABW):*

- prawo do korzystania poza kolejnością z bezpłatnej pomocy psychologicznej udzielanej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, jeżeli problemy zdrowotne funkcjonariusza są związane z działaniami poza granicami państwa;
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej

w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielanych w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

- prawo do korzystania poza kolejnością ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa innych niż wymienione wyżej (uprawnienie do bezterminowego czasu trwania leczenia);
- prawo do bezpłatnego zaopatrzenia w leki objęte wykazem ujętym w aktualnym Obwieszczeniu Ministra Zdrowia: dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń, we wskazaniu określonym stanem klinicznym oraz leki recepturowe - na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
- w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych - zgodnie z wykazem określanym przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia;
- w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane bez skierowania.

**Osoby posiadające tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”** (*legitymujące się „Legitymacją Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” wydaną przez Zarząd Okręgowy PCK*):

- bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu określonego Obwieszczeniem Ministra Zdrowia- zgodnie ze wskazaniami ustawy refundacyjnej;
- bezpłatne zaopatrzenie w leki, które świadczeniobiorca może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów;
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

**Osoby posiadające tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”** (*legitymujące się „Legitymacją Zasłużonego Honorowego Dawcy Przeszczepu” wydaną przez Ministra Zdrowia*):

- bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu określonego Obwieszczeniem Ministra



Zdrowia- zgodnie ze wskazaniami ustawy refundacyjnej;

- bezpłatne zaopatrzenie w leki, które świadczeniobiorca może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów;
- prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzonych przez zakład opieki zdrowotnej, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat;
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

**Małżonkowie inwalidów wojennych i osób represjonowanych pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych uprawnieni do renty rodzinnej (legitymujący się Decyzją wydaną przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ):**

- bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do wysokości limitu określonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

*Najważniejsze podstawy prawne:*

1. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.);*
2. *Ustawa z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2010 r. Nr 101, poz. 648 z późn. zm.);*
3. *Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. z 2011r., Nr 205, poz. 1203);*
4. *Ustawa z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. z 2012r., Nr 400 - tekst jednolity).*
5. *Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2011.122.696)*

**Ważne !**

W związku z wprowadzeniem od 1 kwietnia 2012 roku przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się, Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ wprowadził następujące działania mające na celu ułatwienie osobom uprawnionym (**w świetle ustawy o języku migowym osobą uprawnioną jest osoba doświadczająca trwale lub okresowo trudności w komunikowaniu się**) komunikowanie się w sprawach indywidualnych rozstrzyganych w drodze decyzji administracyjnych:

- Dla osób uprawnionych został uruchomiony specjalny adres poczty elektronicznej - [uprawnieni@nfz-kielce.pl](mailto:uprawnieni@nfz-kielce.pl), za pomocą którego osoby uprawnione mogą się bezpośrednio komunikować z oddziałem.
- Osoby uprawnione mogą komunikować się ze świętokrzyskim Funduszem za pośrednictwem SMS i MMS: w sprawach skarg i wniosków na numer telefonu komórkowego **609 678 635**, w pozostałych sprawach – na numer - **663 430 837**.
- Do dyspozycji osób uprawnionych oddany zostaje także numer faksu ŚwOW NFZ: **(41) 343 04 90**.

## VII. Gdzie złożyć skargę

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

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

### Ogólnopolska bezpłatna infolinia

#### Rzecznika Praw Pacjenta:

**800 190 590**

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

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

**(22) 833 08 85**

**(22) 635 59 96**

#### Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

ul. Młynarska 46

01-171 Warszawa

Sekretariat:

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

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

Przyjęcia interesantów w Biurze:

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

- **Rzecznika Praw Obywatelskich** - al. Solidarności 77, 00 - 090 Warszawa, tel. (22) 55 17 700, fax. (22) 827 64 53, e-mail: [biurorzecznika@brpo.gov.pl](mailto:biurorzecznika@brpo.gov.pl).

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

- **Świętokrzyskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia** - 25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9, pokój 023, tel. **(41) 36 46 106**. Wszelkie wątpliwości i informacje można też uzyskać pod specjalnym numerem telefonu Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ: **194 88**, poniedziałek-piątek, w godzinach 8:00 - 16:00.
- **Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia** - Wydział Skarg i Wniosków

- Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa, tel.(22) 572 60 21, (22) 572 61 95, (22) 572 61-55, (22) 572 62 44, e-mail: [infolinia@nfz.gov.pl](mailto:infolinia@nfz.gov.pl). Infolinia - 0 800 392 976.

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

- **Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej - Świętokrzyska Izba Lekarska** 25-389 Kielce, ul. Wojska Polskiego 52, e-mail: [sekretariat@sil.apsnet.pl](mailto:sekretariat@sil.apsnet.pl), tel. (41) 368 75 67, (41) 362 13 81, tel/fax: (41) 362 15 00. Instancją odwoławczą jest Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.
- W analogicznych sprawach dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki skargi rozpatruje **Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych - Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych**, 25-619 Kielce, ul. Młoda 28, (41) 346 22 83, e-mail: [sipip@interia.pl](mailto:sipip@interia.pl) (Uwaga! Od września 2013 możliwa zmiana adresu siedziby).

### Ważne !

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

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

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

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

Aktualny wykaz placówek medycznych dostępny  
jest na stronie internetowej oddziału:

**[www.nfz-kielce.pl](http://www.nfz-kielce.pl)**