

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 wyłudzenia pieniędzy.

SPIS TREŚCI

Część A - Wybrane informacje dotyczące opieki medycznej

I. Na ratunek	
1. Zagrożenie życia i zdrowia, stan nagły	6
2. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	7
3. Specjalistyczna pomoc medyczna w godzinach późnowieczornych	9
4. Stomatologiczna pomoc doraźna	9
II. Informacje podstawowe	
1. Rodzaje świadczeń medycznych	10
2. Skierowanie	13
3. Rejestracja i listy oczekujących	14
4. Zintegrowany Informator Pacjenta	17
III. Profilaktyczne programy zdrowotne	19
IV. Leczenie w krajach Unii Europejskiej	
1. Karta EKUZ	21
2. Transgraniczna Opieka Zdrowotna	23
V. Prawa pacjenta	25
VI. Dodatkowe uprawnienia wybranych grup pacjentów	27
VII. Gdzie złożyć skargę	33

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

I. Nagła pomoc	
Ratownictwo medyczne	35
Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	35
Świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej	36
Specjalistyczna pomoc medyczna w godzinach późnowieczornych	36
Szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć	37
Pomoc neonatologiczna i transport sanitarny	37
II. Podstawowa opieka zdrowotna	37
III. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	67
IV. Oddziały szpitalne	91
V. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	97

VI. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	101
VII. Opieka paliatywna i hospicyjna	103
VIII. Rehabilitacja	104
IX. Gabinety stomatologiczne	109
X. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (adresy placówek i sklepów, w których można zaopatrywać się w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze)	119
XI. Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane (adresy pracowni tomografii komputerowej, PET, poradni genetycznej, placówek prowadzących domowe leczenie tlenem, pracowni dializ)	131
XII. Programy profilaktyczne	132

Część C - Przydatne adresy i telefony

Zastosowane skróty w części B:

al. - aleja
Al. - Aleje
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 - Podstawowa Opieka Zdrowotna
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 Zakład 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

To już siódme wydanie informatora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ „Jak i gdzie leczyć się bezpłatnie”. Tym razem w nieco innym kształcie niż zazwyczaj. Przede wszystkim poradnik ukazuje się w czerwcu, a nie jak to było do tej pory w marcu. Wydawnictwo obejmuje nie okres jednego roku kalendarzowego, ale II półrocze roku 2016 roku i I półrocze 2017. Jest to związane z centralnymi decyzjami o sposobie i terminie kontraktowania świadczeń - chodziło nam, by dane dotyczące placówek mających kontrakt z NFZ, a więc tych, gdzie pacjenci leczą się bezpłatnie, były jak najbardziej aktualne.

Skróciliśmy również część teoretyczną. Zabieg był celowy – w nadchodzących miesiącach zapowiada się wiele zmian dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia: od sposobu finansowania leczenia, ubezpieczenia zdrowotnego, po standardy opieki medycznej. Niektóre przepisy, które funkcjonują dziś, już jesienią czy zimą mogą być zmienione.

Nie zmieni się za to na pewno jedno: zawsze jesteśmy do Państwa dyspozycji. Pomożemy wyjaśniać nieporozumienia, rozwiewać Państwa wątpliwości. Nie mamy wprawdzie wpływu na decyzje, zlecenia i ordynacje lekarskie czy pielęgniarskie, ale interweniujemy wszędzie tam, gdzie łamane są zasady umowy pomiędzy placówką medyczną, a Funduszem, gdzie problemy z leczeniem są wynikiem złej organizacji pracy i nieprzestrzegania praw pacjenta. Zawsze możecie Państwo do nas przyjść, zapytać, wyżalić się czy zgłosić skargę.

Część A - Wybrane informacje dotyczące opieki medycznej

I. Na ratunek

1. Zagrożenie życia i zdrowia, stan nagły

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 Funduszem. 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.

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

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.

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 informatora). 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, lekarza specjalisty czy w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej lub specjalistycznej pomocy medycznej w godzinach późnowieczornych.

Do stanów zagrożenia życia i zdrowia zaliczamy między innymi:

- 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.

2. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

W przypadkach nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia niebędących stanem zagrożenia życia, które wystąpiły po godzinach zamknięcia przychodni POZ, chory może skorzystać z pomocy dyżurującej poradni w ramach tak zwanej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Są to najczęściej sytuacje, gdy:

- pacjent nie ma objawów sugerujących bezpośredniego zagrożenia 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 zdrowia.

W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej 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 pracy przychodni.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna dostępna jest w godzinach 18:00 - 8:00 rano dnia następnego oraz całodobowo 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. Do nocnej poradni można się zgłaszać bez skierowania.

Ważne !

Chory, zgłaszający się po pomoc w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, może iść tam, gdzie jest mu najbliżej czy najwygodniej - nie musi być pacjentem z tzw. 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 zdrowotnej uzna, że chory nie powinien następnego dnia iść do pracy, powinien mu wystawić zwolnienie lekarskie, a nie kierować chorego do przychodni rejonowej.

Dokładne dane teledadresowe dyżurujących placówek w części B informatora, w rozdziale „Nocna i świąteczna opieka zdrowotna”.

3. 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, pacjenci mogą zgłaszać się po pomoc do następujących poradni:

- **Pomoc chirurgiczna i ortopedyczna**

Poradnia Chirurgii Ogólnej i Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, "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, "ARTIMED" Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Kielce, ul. Ignacego Paderewskiego 4B, tel. 41 367 17 00, poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek w godz. 17:00-22:00, w środę w godz. 18:00-22:00 oraz w sobotę w godz. 9:00-13:00.

Ważne !

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

4. Stomatologiczna pomoc doraźna

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.
- **Busko Zdrój** - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Dentalvita", ul. Kazimierza Wielkiego 29, tel. 41 378 61 95.
- **Starachowice** - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Wamed", ul. Jana Pawła II 1, tel. 41 273 57 02.

II. Informacje podstawowe

1. Rodzaje świadczeń medycznych

Najpowszechniejszy etap leczenia, to **podstawowa opieka zdrowotna**. Pacjent ma prawo wyboru lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego), położnej i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej spośród wszystkich, którzy mają umowę z NFZ. Wyboru dokonuje się poprzez złożenie deklaracji (druk otrzymać można w przychodni, od lekarza, pielęgniarki i położnej), nie trzeba niczego potwierdzać w oddziale NFZ. Każdy ma prawo - jeśli jest niezadowolony z dotychczasowej opieki, albo ma do niej utrudniony dostęp - zmienić lekarza rodzinnego. Wystarczy, że ponownie wypełni deklarację w nowej placówce i może być przyjęty już tego samego dnia. Trzy razy w roku kalendarzowym zmiana jest bezpłatna, za czwartą i każdą kolejną należy zapłacić 80 zł na konto NFZ. Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń przez dotychczasowego lekarza oraz z innych przyczyn niezależnych od woli pacjenta.

Jeżeli lekarz POZ uważa, że niezbędna jest konsultacja w leczeniu chorego, kieruje go do lekarza specjalisty. **Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (AOS)** są udzielane na podstawie skierowania (wydawanego przez każdego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego), za wyjątkiem wybranych zakresów medycznych i pacjentów znajdujących się w stanie nagłym (więcej w rozdziale II.2 - „Skierowanie”). Kierując pacjenta do specjalisty lekarz POZ lub inny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych potwierdzających wstępne rozpoznanie. AOS 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.

Jeżeli natomiast cel leczenia nie może być osiągnięty w trybie ambulatoryjnym, chory kierowany jest na **leczenie szpitalne**. Skierowanie na hospitalizację może być wystawione przez każdego lekarza (również przez lekarza niemającego umowy z NFZ), lekarza dentystę lub felczera. Ostateczną decyzję o przyjęciu chorego do szpitala podejmuje lekarz dyżurujący na oddziale/izbie przyjęć/SOR, tak więc posiadanie skierowania wystawionego przez lekarza z przychodni nie jest jednoznaczne z przyjęciem na oddział szpitalny. Leczenie szpitalne może się odbywać także w trybie nagłym, bez skierowania (na przykład po wypadku, zawale, urazie, po decyzji lekarza szpitalnego oddziału ratunkowego).

Dla chorych z zaburzeniami psychicznymi i osób uzależnionych przeznaczona jest **opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień**. W zależności od stanu zdrowia, pacjent może się leczyć w:

- **poradni** - chory ma zapewnione wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, świadczenia terapeutyczne 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, wyżywienie, świadczenia terapeutyczne, rehabilitacyjne i 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 oraz wyżywienie. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego odbywa się za pisemną zgodą pacjenta, a w przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej - za zgodą jej przedstawiciela ustawowego.

Ważnym elementem opieki medycznej jest **opieka długoterminowa**. Adresowana jest ona do pacjenta przewlekle chorego, który jest osobą niesamodzielną i potrzebuje pomocy w podejmowaniu codziennych czynności, który z powodu swojej choroby potrzebuje ciągłej opieki pielęgniarzkiej czy lekarskiej, ale już nie musi przebywać na oddziale specjalistycznym. Pacjent może skorzystać z:

- **stacjonarnego zakładu opieki długoterminowej** (pacjent przebywający w takim zakładzie ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania, natomiast zakład leczniczo-opiekuńczy zapewnia choremu niezbędne leki, badania diagnostyczne, w razie konieczności żywienie jelitowe i pozajelitowe oraz wybrane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze);
- **opieki długoterminowej sprawowanej w domu chorego:**
 - w ramach pielęgniarzkiej opieki długoterminowej (bezpłatna, natomiast leki, przedmioty i środki medyczne zapewnia rodzina na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza);
 - w ramach zespołu opieki długoterminowej udzielanej pacjentom wentylowanym mechanicznie (zapewnia bezpłatnie respirator, badania możliwe do wykonania w warunkach domowych, stały nadzór lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty).

Dla pacjentów cierpiących na postępujące, nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu choroby przeznaczona jest **opieka hospicyjna**. 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 bezpłatnie w warunkach:

- ambulatoryjnych - w **poradni medycyny paliatywnej** (chorzy mogą skorzystać z poradni lub wizyty domowej dwa razy w tygodniu);
- domowych - w **hospicjum domowym** (pacjentom przysługują - w zależności od potrzeb: porady lekarskie nie rzadziej niż dwa razy w miesiącu, wizyty pielęgniarskie nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu, natomiast fizjoterapeuty i psychologa - w zależności od decyzji lekarza prowadzącego);
- stacjonarnych - w **hospicjum stacjonarnym** lub w **oddziale medycyny paliatywnej** (w tym również dla pacjentów paliatywnych wymagających żywienia dojelitowego i pozajelitowego).

Z kolei przywróceniem pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, a co się z tym wiąże - zdolności do pracy, brania czynnego udziału w życiu społecznym zajmuje się **rehabilitacja lecznicza**. Świadczenia rehabilitacyjne mogą się odbywać w warunkach:

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

Przywracanie sprawności odbywa się także w trakcie **leczenia uzdrowiskowego**, które jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, a jego celem jest rehabilitacja, leczenie chorób przewlekłych pacjenta oraz profilaktyka - przede wszystkim przy wykorzystaniu naturalnych zasobów leczniczych. Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, natomiast 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.

Skierowanie podlega weryfikacji co 18 miesięcy. W celu weryfikacji odsyłane jest do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który to skierowanie wystawił, a pacjent jest powiadamiany o odesłaniu skierowania.

NFZ finansuje lub współfinansuje także leczenie stomatologiczne, transport sanitarny, leczenie poza granicami kraju (czytaj rozdział IV - „Leczenie w krajach Unii

Europejskiej”), profilaktyczne programy zdrowotne (czytaj rozdział III - „Profilaktyczne programy zdrowotne”), refunduje zakup leków, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.

2. Skierowanie

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (AOS) oraz świadczenia szpitalne są udzielane na podstawie skierowania wydawanego przez lekarza POZ lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, za wyjątkiem pacjentów znajdujących się w stanie nagłym - w tych przypadkach chory przyjmowany jest bez skierowania. Zazwyczaj skierowanie jest ważne, dopóki istnieją przesłanki na potrzebę leczenia specjalistycznego, nie jest więc określona liczba dni czy tygodni ważności skierowania. Wyjątkami są:

- skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną, które jest ważne **30 dni** od momentu wystawienia - przez ten okres należy je zarejestrować w zakładzie rehabilitacyjnym;
- skierowanie na planowane szpitalne leczenie psychiatryczne (w stanach ostrych skierowanie nie jest potrzebne) jest ważne 14 dni.

Ważne!

Pacjent ma obowiązek dostarczyć oryginał skierowania do poradni w przeciągu 14 dni od momentu wpisania się na listę oczekujących. Jeżeli tego nie zrobi, zostanie skreślony z listy osób oczekujących.

Jeżeli lekarz POZ lub inny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego 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.

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;
- wenerologa;
- onkologa;
- 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.

3. 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, aby nie musiał przychodzić ponownie do poradni tylko po to, aby ustalić termin następnej porady. **Jeżeli przychodnia nie realizuje tego zapisu pacjent może anonimowo zgłosić ten fakt na portalu <http://kolejki.nfz.gov.pl/> w zakładce „Zgłoś uwagę”.**

W rejestracji przy zapisywaniu do lekarza powinno wyznaczyć się pacjentowi możliwie najkrótszy termin, a jeżeli z przyczyn obiektywnych jest on niemożliwy do dotrzymania, placówka medyczna ma obowiązek zawiadomić o tym pacjenta i wyznaczyć nowy termin wizyty. Listy powinny być prowadzone dla pacjentów pierwszorazowych na świadczenia w rodzaju:

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- leczenie szpitalne;
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- rehabilitacja lecznicza;
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;
- leczenie stomatologiczne;
- świadczenia odrębnie kontraktowane;
- opieka paliatywna i hospicyjna.

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. Odrębną listę oczekujących stanowią pacjenci z tzw. zieloną kartą, czyli zakwalifikowani do diagnostyki i leczenia w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej. W przypadkach nagłych pacjent powinien być przyjęty poza kolejką.

Ważne !

Pacjenci mogą sprawdzać na stronie internetowej Funduszu - <http://kolejki.nfz.gov.pl/> daty pierwszych wolnych terminów przyjęć w poszczególnych poradniach i oddziałach szpitalnych. Placówki medyczne mają ustawowy obowiązek cotygodniowego przesyłania do Funduszu „pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia”.

Dla pacjenta [zgłoś uwagę](#) przeglądarka statusów zgłoszeń | pobierz dane | kontakt

Ogólnopolski Informator o czasie oczekiwania na świadczenia.

W rejestracji, poza możliwością zapisania się do lekarza, pacjent powinien mieć możliwość uzyskania 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.

4. Zintegrowany Informator Pacjenta



Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP), to wprowadzony 1 lipca 2013 roku specjalny elektroniczny portal dla pacjentów (to oni, a nie lekarze czy przychodnie mają do niego dostęp), dzięki któremu każdy zainteresowany po zalogowaniu na swoim komputerze może między innymi:

- poznać wykaz świadczeń medycznych sfinansowanych przez NFZ;
- sprawdzić, jakie miał zlecane i wykonane badania;
- sprawdzić, jakie zrealizował recepty na leki refundowane;
- dowiedzieć się, ile kosztowały udzielone świadczenia medyczne i dopłaty do leków;
- sprawdzić status swojego ubezpieczenia i otrzymać informację kiedy się on zmienia (np. kiedy pacjent traci ubezpieczenie);
- dowiedzieć się, gdzie jest zapisany do lekarza rodzinnego, pielęgniarki i położnej;
- sprawdzić kolejki oczekujących na wizyty w poszczególnych przychodniach;
- wyszukać placówki medyczne w całym kraju, łącznie z harmonogramem przyjęć i mapą dojazdu, które mają umowę z NFZ.

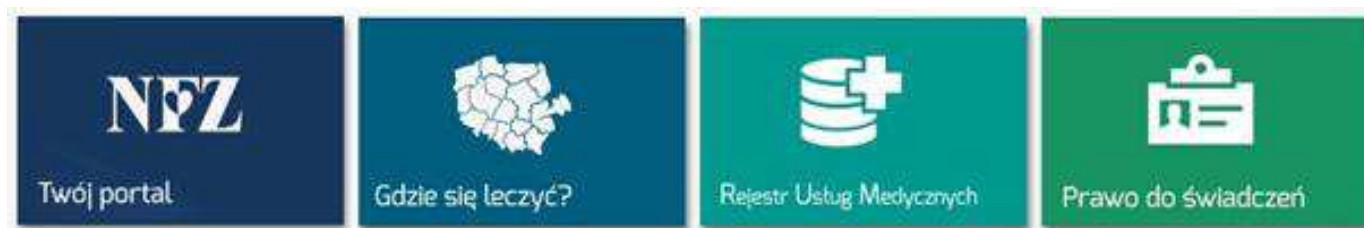
Z systemu ZIP możemy korzystać w domu lub w innym, dowolnym miejscu za pomocą Internetu.

Aby mieć dostęp do portalu, konieczna jest jedna wizyta w NFZ (przy wydawaniu dostępu do ZIP nie ma rejonizacji - mieszkańiec województwa świętokrzyskiego może odebrać login i hasło w każdym innym oddziale wojewódzkim NFZ, np. w Warszawie czy Gdańsku).

Ważne !

Po odbiór danych dostępowych należy się zgłaszać z aktualnym dowodem osobistym lub paszportem, a w przypadku odbioru danych dla innej osoby - z jej pisemnym upoważnieniem. Wydawane są także dostępy do ZIP dla dzieci (może odebrać ten rodzic, który zgłaszał dziecko do ubezpieczenia), a młodzież od 16 roku życia może odebrać login sama, bez rodziców.

Cele ZIP



Zintegrowany Informator Pacjenta ma cztery podstawowe cele:

- Cel edukacyjny - dzięki portalowi pacjent może zobaczyć, na co przeznaczane są jego składki zdrowotne, jakie świadczenia zostały wykonane, ile kosztowały, itp.,
- Cel diagnostyczny - ZIP umożliwia podgląd historii medycznej pacjenta, wspomaga lekarza w diagnozie chorego.
- Cel logistyczny - pacjent sam, przed pójściem do lekarza może sprawdzić, czy ma prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych czy też nie (zielony ekran w systemie e-WUŚ).
- Cel kontrolny - pacjent może zweryfikować faktyczne wykonanie świadczeń.

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 ona żadnych odczuwalnych objawów i gdy są ogromne szanse na jej szybkie wyleczenie. W 2016 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) 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 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.
- **Program profilaktyki raka piersi** przeznaczony jest dla 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 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.
- **Program profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK)** kierowany jest do osób, które w tym roku kalendarzowym mają 35, 40, 45, 50, 55 lat i są obciążone takimi czynnikami ryzyka, 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, nieposiadających 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: długotrwale bezrobotny, niepełnosprawny, obciążony długotrwałą chorobą, obciążony problemem alkoholowym i/lub narkomanią, bezdomnością.
- **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 krajach Unii Europejskiej

1. Karta EKUZ



Wzór Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, w skrócie EKUZ, to dokument w postaci plastikowej karty, potwierdzający ubezpieczenie zdrowotne, dzięki któremu w razie nagłego zachorowania czy wypadku podczas pobytu w krajach Unii Europejskiej i obszaru płatniczego EFTA (Islandii, Liechtensteinu, Norwegii i Szwajcarii) nie będziemy płacić pełnego kosztu leczenia (EKUZ gwarantuje nam takie zasady świadczeń medycznych, jakie obowiązują w kraju, gdzie przebywamy i to wyłącznie w tych placówkach medycznych, które mają podpisaną umowę na leczenie z ubezpieczycielem danego kraju). Ponadto osoba ubezpieczona podczas pobytu w państwie członkowskim innym niż miejsce zamieszkania jest uprawniona do otrzymania świadczeń rzeczowych, które z powodów medycznych stają się niezbędne w czasie jej pobytu (z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń i przewidywanego czasu pobytu). **EKUZ nie jest natomiast dokumentem, którym możemy się posłużyć, kiedy celem naszego wyjazdu za granicę jest leczenie planowe, np. operacja zaćmy, poród czy konsultacja specjalistyczna.**

EKUZ uzyskamy w Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, do którego odprowadzamy składki. W tym celu wypełniamy wniosek o wydanie EKUZ (można go pobrać ze strony internetowej <https://www.ekuz.nfz.gov.pl> lub w oddziale) i z 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. Wypełniony wniosek można też przesłać pocztą.

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 zaawansowania 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.

Nieposiadanie przy sobie EKUZ skutkuje 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.

Wydział Współpracy Międzynarodowej Świątokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, ul. Jana Pawła II 9, 25-025 Kielce - budynek seminarium, pokój numer 4, tel. 41 36 46 222, 136, 215, godziny otwarcia - 8:00-16:00 w dni robocze (w poniedziałki do godz. 17:00).

EKUZ można także otrzymać w punktach obsługi ubezpieczonych Świątokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Sandomierzu, ul. Mickiewicza 34, godziny otwarcia - w dni robocze w godz. 7:00 – 15:00, tel. 0 663 43 15 71 oraz w Ostrowcu - Świątokrzyskim, oś. Słoneczne 43 (NZOZ „Rodzina”), tel. 41 247 67 53 w godz. 8:00-16:00.

2. Transgraniczna Opieka Zdrowotna

Innym rozwiązaniem jest możliwość leczenia planowego (w sytuacji, kiedy obywatel Polski wyjeżdża za granicę właśnie w celu podjęcia leczenia) w krajach Unii Europejskiej na podstawie przepisów wprowadzających Dyrektywę Transgraniczną (Dyrektywa nie obejmuje krajów EFTA). Jednak leczenie to jest możliwe pod pewnymi warunkami. Przede wszystkim refundowane może być to świadczenie, które jest świadczeniem gwarantowanym w Polsce. Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest uzyskanie przez pacjenta - jeszcze przed wyjazdem na terapię - odpowiedniego skierowania dla:

- badań diagnostycznych;
- rehabilitacji uzdrowiskowej;
- świadczeń pielęgnacyjnych lub opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z wyjątkiem specjalizacji medycznych i grup uprawnień określonych w art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);
- leczenia szpitalnego;
- rehabilitacji leczniczej;

oraz

- odpowiedniego skierowania i jego potwierdzenia w zakresie celowości leczenia uzdrowiskowego;
- odpowiedniego zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym transportu lotniczego.

Natomiast w przypadku takich świadczeń, jak:

- świadczenia opieki zdrowotnej wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co

najmniej do dnia następnego, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń;

- leczenie w ramach programów lekowych;
- terapia izotopowa;
- teleradioterapia stereotaktyczna;
- teleradioterapia hadronowa wiązką protonów;
- terapia hiperbaryczna;
- wszczęcie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne;
- badania genetyczne;
- pozytonowa tomografia emisyjna;
- badania medycyny nuklearnej;
- tomografia komputerowa;
- rezonans magnetyczny

konieczna jest wcześniejsza zgoda na finansowanie leczenia wydana przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Warto też wiedzieć, że w przypadku świadczeń wykonywanych w ramach Dyrektywy Transgranicznej (inaczej niż w przypadku EKUZ) pacjent może wybrać sobie dowolną placówkę w kraju unijnym (nie musi mieć ona umowy z ubezpieczycielem), ale za to sam pokrywa koszty leczenia i dopiero po powrocie do kraju wraz z fakturami, skierowaniami czy uprzednią zgodą dyrektora OW NFZ i wnioskiem zgłasza się do Funduszu o ich zwrot. Refundacja odbywa się na poziomie kosztów tego samego świadczenia wykonywanego w Polsce (chyba, że koszt wykonanego zbiegu za granicą jest niższy niż w kraju). Zwrot następuje w złotych, po kursie danej waluty w czasie trwania leczenia podanym przez NBP w dniu wystawienia faktury.

**Wojewódzki Punkt Kontaktowy Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
ul. Jana Pawła II 9, 25-025 Kielce - budynek seminarium, pokój numer 7, tel. 41 36 46
222, 136, 215, godziny otwarcia - 8:00-16:00 w dni robocze (w poniedziałki do godz.
17:00).**

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 skopiować) choremu lub osobie przez niego wskazanej;
- decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji o jego stanie zdrowia;
- 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;
- 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 jego identyfikację;
 - 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 określonego 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 1997r. (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 dentysty, 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 (Po okazaniu „Książki inwalidy wojennego - wojskowego” wydanej przez organ rentowy o symbolu ZUS Rw-51. Kod uprawnienia na recepcie IB):

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP;
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych - do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit);
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

OSOBY REPRESJONOWANE (Po okazaniu „Legitymacji osoby represjonowanej” wydanej przez organ rentowy o symbolu ZUS Rw-52. Kod uprawnienia na recepcie IB):

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych - do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit);
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania.

KOMBATANCI (Po okazaniu „Zaświadczenia o uprawnieniach” wydanego przez Urząd ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych):

- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania;
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

INWALIDZI WOJSKOWI (Po okazaniu „Książki inwalidy wojennego - wojskowego” wydanej przez organ rentowy o symbolu ZUS RW-51. Kod uprawnienia na recepcie IW):

- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania;
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych - do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit);
- bezpłatne - do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (określonego przez Ministra Zdrowia) - zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę, objęte decyzją o refundacji w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń.

MAŁŻONKOWIE INWALIDÓW WOJENNYCH I OSÓB REPRESJONOWANYCH POZOSTAJĄCY NA ICH WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU ORAZ WDOY I WDOYCY PO POLEGŁYCH ŻOŁNIERZACH I ZMARŁYCH INWALIDACH WOJENNYCH ORAZ OSOBACH REPRESJONOWANYCH, UPRAWNIENI DO RENTY RODZINNEJ (*Legitymujący się Decyzją wydaną przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Kod uprawnienia na receptie IB*):

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP.

CYWILNE NIEWIDOME OFIARY DZIAŁAŃ WOJENNYCH (*Po okazaniu „Legitymacji cywilnej niewidomej ofiary działań wojennych” wydanej przez organ rentowy. Kod uprawnienia na receptie IB*):

- bezpłatne leki w kategorii „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terenie RP;
- prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych - do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit);
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) bez skierowania.

ZASŁUŻENI HONOROWI DAWCY KRWI (*Po okazaniu „Legitymacji Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” wydanej przez Zarząd Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża. Kod uprawnienia na receptie ZK*):

- bezpłatne - do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (limit określa Ministerstwo Zdrowia) - zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę, objęte decyzją o refundacji w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń;
- bezpłatne zaopatrzenie w leki, które dawca stosuje w związku z oddawaniem krwi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”;
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

ZASŁUŻENI DAWCY PRZESZCZEPÓW (Po okazaniu „Legitymacji Zasłużonego Honorowego Dawcy Przeszczepu” wydanej przez Ministra Zdrowia. Kod uprawnienia na recepte ZK):

- bezpłatne - do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (limit określa Ministerstwo Zdrowia) - zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę, objęte decyzją o refundacji w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń;
- bezpłatne zaopatrzenie w leki, które dawca stosuje w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków dla świadczeniobiorcy posiadającego tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”;
- korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Ponadto **osoba będąca żywym dawcą narządów** ma 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.

UPRAWNIONY ŻOŁNIERZ LUB PRACOWNIK, W ZAKRESIE LECZENIA URAZÓW LUB CHORÓB NABYTYCH PODCZAS WYKONYWANIA ZADAŃ POZA GRANICAMI PAŃSTWA (Po okazaniu „Legitymacji osoby poszkodowanej poza granicami państwa” wydanej przez Szefa Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia. Kod uprawnienia na recepte PO):

- bezpłatne - do wysokości limitu (określonego przez Ministra Zdrowia) finansowania ze środków publicznych - zaopatrzenie w leki z listy leków

- refundowanych, a także środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne dostępny w aptece na receptę;
- korzystanie ze świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej bez skierowania;
 - w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
 - prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych - do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (pacjent dopłaca tylko wtedy, gdy cena wyrobu medycznego przekracza określony limit);
 - prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.

WETERAN POSZKODOWANY W DZIAŁANIACH POZA GRANICAMI PAŃSTWA (*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 określonym 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.

WETERANI WALK O NIEPODLEGŁOŚĆ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ *Członkowie Korpusu Weteranów Walk o Niepodległość Rzeczypospolitej Polskiej:*

- Uprawnienia członków **Korpusu** są tożsame z uprawnieniami właściwymi dla kombatantów.

ŻOŁNIERZE ZASTĘPCZEJ SŁUŻBY WOJSKOWEJ PRZYMUSOWO ZATRUDNIANI W KOPALNIACH WĘGLA, KAMIENIOŁOMACH, ZAKŁADACH RUD URANU I BATALIONACH BUDOWLANYCH *(Po okazaniu zaświadczenia potwierdzającego posiadanie uprawnień wynikających z art. 46 ust.1 pkt. 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wydawanego na wniosek osoby uprawnionej przez Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych):*

- 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 przysługuje:
 - żołnierzom zastępczej służby wojskowej, o których mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1373), którzy otrzymali jednorazowe odszkodowanie w związku z przymusowym zatrudnieniem w zakładach pozyskiwania i wzbogacania rud uranowych, określone w art. 5a ust. 1 tej ustawy,
 - żołnierzom zastępczej służby wojskowej, o których mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1373), w odniesieniu do których orzeczone zostało inwalidztwo będące następstwem przymusowego zatrudnienia, w miejscach wymienionych w art. 1 ust. 1 tej ustawy.

Ważne - NOWOŚĆ!

Od 1 września - zgodnie z nowelą ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - osoby po 75 roku życia będą miały prawo do bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, które będą wymienione w wykazie ogłaszanym przez Ministra Zdrowia. Pierwszy taki wykaz minister ma ustalić najpóźniej do 1 września 2016.

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 kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U.2014.1206 - 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 z późn. zm.).*
6. *Ustawa z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych (t.j. - Dz. U. z 2014 r. poz. 1373).*

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 (czynna od poniedziałku do piątku w godz. 9:00 - 21:00):

800 190 590

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta (przyjęcia interesantów od poniedziałku do piątku w godzinach od 9:00 do 15:00)

ul. Młynarska 46

01-171 Warszawa

Sekretariat:

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

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

- **Rzecznika Praw Obywatelskich** - al. Solidarności 77, 00 - 090 Warszawa, infolinia obywatelska: **800 676 676**, e-mail: biurorzecznika@brpo.gov.pl.

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

- **Świętokrzyskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia** - 25-025 Kielce, ul. Jana Pawła II 9, pokój 023, tel. **(41) 36 46 106**. Wszelkie wątpliwości i informacje można też uzyskać pod specjalnym numerem infolinii Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (czynnym od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 - 16:00): **194 88**.
- **Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia** - Wydział Skarg i Wniosków - Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa, specjalna infolinia - 0 800 392 976, e-mail: infolinia@nfz.gov.pl.

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

- **Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej**
- Świętokrzyska Izba Lekarska 25-389 Kielce, ul. Wojska Polskiego 52, e-mail: sekretariat@sil.apsnet.pl, tel. (41) 368 75 67, (41) 362 13 81, tel/fax: (41) 362 15 00. Instancją odwoławczą jest Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.
- W analogicznych sprawach dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki skargi rozpatruje Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej - Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych, 25-522 Kielce, ul. Nowy Świat 32A, tel. (41) 300 26 62, (41) 315 61 87, e-mail: sipip@interia.pl.

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**

Uwaga! Dane teleadresowe szpitali, gabinetów, poradni zostały opublikowane na podstawie informacji przekazanej Świętokrzyskiemu Oddziałowi NFZ przez placówki medyczne. Fundusz nie ponosi więc odpowiedzialności za treść tych danych i ewentualne zmiany, jakie mogły nastąpić, a o których nie został poinformowany.

**Aktualny wykaz placówek medycznych dostępny
jest na stronie internetowej oddziału:**

www.nfz-kielce.pl

(w zakładce „Gdzie się leczyć”)