

ABC opieki zdrowotnej

**Informator Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia**



**Lublin
2012**

WYDAWNICTWO BEZPŁATNE

ABC opieki zdrowotnej

Wydawca:

Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

20-124 Lublin, ul. Szkolna 16

tel. (81) 5310500

fax. (81) 5310528

e-mail: info@nfz-lublin.pl

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

SPIS TREŚCI

I. INFORMACJE OGÓLNE	4
1. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ	4
2. DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	6
3. DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ 11	
4. PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ PO WYGAŚNIĘCIU OBOWIĄZKU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	13
5. ZMIANA MIEJSCA ZAMIESZKANIA, A PRZYNALEŻNOŚĆ DO ODDZIAŁU NFZ	14
II. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ	14
1. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA (POZ)	
Opieka lekarska	
Świadczenia pielęgniarki POZ	
Pielęgniarska opieka domowa w POZ	
Opieka położnej POZ	
Opieka pielęgniarki szkolnej	
NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA w POZ	
TRANSPORT SANITARNY W POZ	
2. AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE	23
3. STOMATOLOGIA	26
4. LECZENIE SZPITALNE	28
5. REHABILITACJA LECZNICZA	29
6. LECZENIE UZDROWISKOWE	40
7. PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	42
Programy profilaktyczne realizowane przez lekarza i pielęgniarkę w Podstawowej Opiece Zdrowotnej	43
Programy profilaktyczne realizowane przez innych świadczeniodawców	44
8. OPIEKA NAD PACJENTEM CHORYM PRZEWLEKLE	46
9. PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE	51
10. POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY	54
III. INFORMACJE DODATKOWE	56
1. NAGŁE ZACHOROWANIA	56
2. KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH	56
3. LEKI I ICH REFUNDACJA	57
4. DOKUMENTACJA MEDYCZNA	60
5. ZDROWIE W UNII EUROPEJSKIEJ	63
6. SKŁADANIE SKARG I WNIOSKÓW	64
IV. WAŻNE TELEFONY/ ADRESY	77

I. INFORMACJE OGÓLNE

1. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

- osobom objętym powszechnym obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, czyli zatrudnionym, prowadzącym działalność gospodarczą, emerytom, rencistom, bezrobotnym zarejestrowanym w UP¹, rolnikom ubezpieczonym w KRUS itp.;
- osobom objętym dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;
- członkom rodzin* wyżej wymienionych grup, którzy nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia;
- osobom pobierającym stypendium² w okresie odbywania stażu lub przygotowania zawodowego;
- osobom innym, niż ubezpieczonym, posiadającym obywatelstwo polskie i posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium RP, korzystającym z opieki pomocy społecznej³;
- osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji tj. zamieszkującym lub przebywającym na terenie Polski, a podlegającym ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie członkowskim UE;
- osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie decyzji administracyjnej⁴ wydanej przez wójta (burmistrza lub prezydenta) gminy;
- osobom innym, niż ubezpieczonym, posiadającym obywatelstwo polskie i posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium RP, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu.

¹ od 1 stycznia 2009r. za każdą osobę zarejestrowaną w UP odprowadzana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne.

² od 1 stycznia 2009r. od w/w świadczeń jest potrącana składka na ubezpieczenie zdrowotne.

³ dotyczy osób korzystających z opieki pomocy społecznej, spełniających kryteria dochodowe, o których mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz. U. z 2009 r., Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.).

⁴ decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy uprawniająca do świadczeń zdrowotnych zgodnie z miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy wydana na okres 90 dni.

* Członek rodziny to:

dziecko:

- własne,
- małżonka,
- przysposobione,
- obce, dla którego ustanowiono opiekę,
- obce w ramach rodziny zastępczej,
- wnuk,

do ukończenia przez nie 18 lat, a jeśli uczy się dalej – do ukończenia 26 lat; jeśli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku;

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

Członków rodziny, którzy nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu tak jak osoby objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym zgłasza do ubezpieczenia podmiot zwany **płatnikiem** składek. Przykładowo dla:

- pracowników płatnikiem składki jest pracodawca;
- emerytów i rencistów – ZUS, KRUS lub inny właściwy organ emerytalno-rentowy;
- rolników – KRUS;
- bezrobotnych – właściwy Urząd Pracy itd.

Płatnik składek, na **wniosek ubezpieczonego** może dokonać zgłoszenia członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Termin zgłoszenia określają przepisy ustawy o systemie ubezpieczenia społecznego, które wskazują na okres 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Ważne:

- zatrudnieni małżonkowie nie mogą zgłaszać się wzajemnie do ubezpieczenia zdrowotnego;
- tylko jeden z rodziców powinien dokonać zgłoszenia dzieci do ubezpieczenia zdrowotnego;
- student, który ukończył 26 r.ż. nie może być zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez rodzica;
- małżonek zarejestrowany w Urzędzie Pracy nie może być zgłoszony do ubezpieczenia jako członek rodziny;

- student lub uczeń zatrudniony na umowę o pracę, np. w okresie wakacji, powinien być wyrejestrowany na okres zatrudnienia z tytułu członka rodziny.

Na każdej osobie ubezpieczonej ciąży obowiązek powiadomienia płatnika składek o utracie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członków rodziny. Dotyczy to sytuacji, gdy członek rodziny:

- nabędzie własny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, np. podejmie pracę w Polsce lub w krajach UE/EFTA, rozpocznie własną pozarolniczą działalność gospodarczą;
- zarejestruje się jako osoba bezrobotna w Urzędzie Pracy;
- ukończy szkołę średnią lub wyższą lub zostanie skreślona z listy uczniów lub studentów, itd.

Prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych przysługuje cudzoziemcom posiadającym Kartę Polaka. Karta ta jest dokumentem potwierdzającym przynależność do Narodu Polskiego.

2. DOBROWOLNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

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

Osoby nie posiadające żadnego tytułu do ubezpieczenia mają możliwość zawarcia umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Do grupy tych osób można zaliczyć:

- osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Polski nie podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz nie podlegające ubezpieczeniu z tytułu członka rodziny;
- pracownik przebywający na urlopie bezpłatnym;
- osoby zawieszające wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej;
- osoby posiadające obywatelstwo państw członkowskich Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub z terytorium Konfederacji Szwajcarskiej nie podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, jeżeli posiadają miejsce zamieszkania na terytorium Polski;
- cudzoziemców przebywających na terytorium RP na podstawie: wizy uprawniającej do podjęcia pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas

oznaczony z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 53a ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2006r. Nr 234, poz. 1694 z późn. zm.), zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany lub osoby, które uzyskały status uchodźcy nadany w Polsce lub ochronę uzupełniającą albo korzystające z ochrony czasowej na jej terytorium;

- cudzoziemców - studentów i uczestników studiów doktoranckich studiujących w Polsce oraz absolwentów, którzy odbywają w Polsce obowiązkowy staż i nie posiadających obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub z terytorium Konfederacji Szwajcarskiej;
- cudzoziemców - członków zakonów oraz alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulików, nowicjuszy i juniorystów zakonów i ich odpowiedników - nie posiadających obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub z terytorium Konfederacji Szwajcarskiej, przebywających na terytorium Polski na podstawie wize, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego WE, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zgody na pobyt tolerowany lub posiadających status uchodźcy nadany w Polsce lub ochronę uzupełniającą albo korzystający z ochrony czasowej na jej terytorium;
- osoby odbywające staż adaptacyjny;
- osoby odbywające kurs języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim nie posiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego;
- wolontariuszy zgłoszonych przez korzystającego do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie są oni objęci ubezpieczeniem z innego tytułu.

Jak ubezpieczyć się dobrowolnie w Narodowym Funduszu Zdrowia

W celu zawarcia umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, osoba musi zgłosić się do Oddziału Funduszu właściwego dla miejsca zamieszkania. W Oddziale wypełnia "wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia", do którego załącza dokument potwierdzający ostatni okres ubezpieczenia oraz przedstawia dowód tożsamości. W ciągu 7 dni od podpisania umowy zgłasza się do ZUS w celu dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Dokumenty stanowiące podstawę zawarcia umowy:

- **osoba niepodlegająca obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w żadnym z krajów Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego**
 - dokument tożsamości (dowód osobisty, paszport),
 - kartę pobytu lub zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenie na osiedlenie się,
 - numery PESEL (jeśli został nadany),
 - dokument potwierdzający ostatni okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

- **cudzoziemcy - studenci i uczestnicy studiów doktoranckich**
 - dokument tożsamości (paszport, kartę pobytu),
 - numery PESEL (jeśli został nadany),
 - dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie RP,
 - zaświadczenie z uczelni potwierdzające odbywanie nauki.

- **cudzoziemcy – członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiedniki**
 - dokument tożsamości (paszport, kartę pobytu),
 - numery PESEL (jeśli został nadany),
 - dokument potwierdzający zamieszkanie,
 - zaświadczenie o przynależności do zgromadzenia zakonnego.

- **cudzoziemcy – odbywający staż adaptacyjny**
 - dokument tożsamości (paszport, kartę pobytu),
 - numery PESEL (jeśli został nadany),
 - dokument potwierdzający zamieszkanie,
 - umowa zobowiązująca do odbycia stażu/ przeszkolenia.

- **cudzoziemcy – odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim**
 - dokument tożsamości (paszport, kartę pobytu),
 - numery PESEL (jeśli został nadany),
 - dokument potwierdzający zamieszkanie,
 - zaświadczenie o odbywaniu kursu.

Osoba, która zawarła umowę o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia członków rodziny niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Zgłoszenie

do ubezpieczenia członków rodziny nie wiąże się z koniecznością odprowadzania dodatkowej składki.

Obowiązek ten nie dotyczy cudzoziemców - studentów i uczestników studiów doktoranckich oraz absolwentów, którzy odbywają w Polsce obowiązkowy staż, a także członków zakonów, alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantek, nowicjuszy i juniorystów zakonów i ich odpowiedników, osób odbywających staż adaptacyjny oraz odbywających kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim.

Członkiem rodziny są następujące osoby:

- dziecko własne, dziecko drugiego 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, natomiast jeśli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku;
- małżonek;
- wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Obowiązki ubezpieczonego po podpisaniu umowy:

- dokonanie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych na druku **ZUS ZZA**,
- dokonanie zgłoszenia wymienionych we wniosku do umowy członków rodziny na druku **ZUS ZCNA**,
- opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne do **15 dnia następnego miesiąca za miesiąc poprzedni**,
- aktualizowanie wysokości składek zgodnie ze zmieniającą się podstawą.

Rozwiązanie umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego może odbyć się:

- w drodze pisemnego poinformowania Oddziału NFZ o rezygnacji,
- po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek,
- z chwilą przeniesienia miejsca zamieszkania ubezpieczającego się poza granice Polski,
- z dniem uprawomocnienia się decyzji dyrektora oddziału w sprawie ustalenia ustawodawstwa właściwego na podstawie przepisów o koordynacji stwierdzającej właściwość ustawodawstwa innego państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym.

Prawa ubezpieczonego po zawarciu umowy:

Osoba ubezpieczająca się dobrowolnie wraz z członkami rodziny uzyskuje prawo do świadczeń zdrowotnych z dniem określonym w umowie, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca od daty ostatniej wpłaty składki.

Dokument ubezpieczenia stanowiący podstawę do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej:

Dowodem ubezpieczenia dla osoby ubezpieczającej się dobrowolnie oraz członków jej rodziny jest umowa wraz z dowodem opłacenia składki za ostatni miesiąc. Należy pamiętać, że druk zgłoszenia do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stanowi integralną część umowy.

Wysokość składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

Podstawa naliczania i wysokość składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne jest zamieszczana na stronie internetowej www.nfz-lublin.pl.

Składkę na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne należy wpłacać na konto ZUS.

Wysokość opłaty dodatkowej

Osoba ubezpieczająca się dobrowolnie a posiadająca przerwę w ubezpieczeniu zdrowotnym jest zobligowana do uiszczenia jednorazowej opłaty za okres nieskładkowy. Jej wysokość jest uzależniona od długości okresu, w którym osoba nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

Obowiązek wniesienia opłaty dodatkowej nie dotyczy cudzoziemców:

- studentów i uczestników studiów doktoranckich,
- absolwentów, którzy odbywają w Polsce obowiązkowy staż,
- członków zakonów, alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantek, nowicjuszy i juniorystów zakonów i ich odpowiedników,
- osób odbywających staż adaptacyjny,
- osób odbywających kurs języka polskiego lub kurs przygotowawczy do podjęcia nauki w języku polskim,

Opłata dodatkowa wnoszona jest przed podpisaniem umowy na numer konta oddziału wojewódzkiego NFZ podany na druku umowy. W uzasadnionej sytuacji, na wniosek zainteresowanego, Fundusz może odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na raty miesięczne (maksymalnie na 12 rat). Z dniem określonym w umowie ubezpieczony oraz członkowie rodziny zgłoszeni przez niego do ubezpieczenia uzyskują prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.

3. DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

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

dla osoby zatrudnionej na umowę o pracę:

- raport miesięczny ZUS RMUA wydany przez pracodawcę,
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- legitymacja ubezpieczeniowa z aktualną datą i pieczętką pracodawcy;

dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:

- aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;

dla osoby ubezpieczonej w KRUS:

- zaświadczenie lub legitymacja wydana i aktualnie potwierdzona przez KRUS;

dla emerytów i rencistów:

- legitymacja emeryta-rencisty lub aktualny odcinek emerytury, renty;

dla osoby zarejestrowanej jako bezrobotna:

- aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy;

dla osoby dobrowolnie ubezpieczonej:

- umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej;

dla osoby posiadającej decyzję administracyjną:

- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy wydana na określony okres;

dla członka rodziny ubezpieczonego:

- dowód opłacenia składki przez głównego płatnika oraz zgłoszenia do ubezpieczenia członka rodziny ,np. druki: ZUS RMUA + ZUS ZCNA (ZCZA);
- legitymacja rodzinna z aktualną datą i pieczętką zakładu pracy;
- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę;
- zaświadczenie wydane przez ZUS o zgłoszeniu członków rodziny emeryta-rencisty + legitymacja emeryta-rencisty;

- aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne + ZUS ZCNA (ZCZA).

Dodatkowo dla uczniów i studentów (pomiędzy 18 a 26 r. ż.) niezbędna jest legitymacja szkolna lub studencka.

dla osoby korzystającej z pomocy opieki społecznej spełniającej kryteria dochodowe, o których mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej:

- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy;

dla osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych:

- Karta Polaka⁵;

dla osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji:

- poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP),
- certyfikat,
- karta EKUZ.

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

- nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia – jeśli pacjent przebywa w szpitalu,

lub

- w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej.

Niedostarczenie dokumentu w wyżej wymienionych terminach skutkuje obciążeniem pacjenta kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe terminy nie dotyczą refundacji leków – pacjent nie posiadający dokumentu ubezpieczenia zdrowotnego a korzystający ze świadczeń w trybie nagłym ma wypisywaną receptę za 100 proc. odpłatnością. Refundacja leku możliwa jest po okazaniu dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej, w czasie realizacji recepty w aptece.

⁵ Karta Polaka jest dokumentem potwierdzającym przynależność do Narodu Polskiego (ustawa z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka Dz. U. Nr 180, poz.1280 z późn. zm.).

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

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

w przypadku byłych zatrudnionych:

- 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu umowy o pracę;

w przypadku osób zatrudnionych, korzystających z urlopu bezpłatnego:

- 30 dni od wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;

w przypadku osób bezrobotnych:

- 30 dni od dnia wyrejestrowania z urzędu pracy.

Od powyższej zasady istnieją wyjątki. W przypadku osoby:

ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty:

- prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń;

pobierającej zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym:

- prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku;

która ukończyła szkołę średnią/ wyższą lub została skreślona z listy uczniów/ studentów:

- prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 4 miesiące od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów/ studentów;

której zawieszono prawa do renty socjalnej⁶:

- 90 dni od ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

⁶ dotyczy osób, którym zawieszono prawa do renty socjalnej z przyczyn określonych w art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 roku o rencie socjalnej (Dz. U. Nr 135, poz. 1268 z późn. zm.)

5. ZMIANA MIEJSCA ZAMIESZKANIA, A PRZYNALEŻNOŚĆ DO ODDZIAŁU NFZ

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

Przykład 1. Ubezpieczony posiadający stały meldunek w województwie lubelskim, a przemieszczający się po terytorium RP w celu wykonywania kilkutygodniowych prac wskazuje na zgłoszeniu kierowanym do ZUS przez pracodawcę - oddział Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tj. Lubelski OW NFZ.

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

Przykład 2. Student na stałe zamieszkujący w Lublinie, zgłoszony do ubezpieczenia jako członek rodziny przez jednego z rodziców w zakładzie pracy, studiuje w Warszawie. Wówczas rodzic zgłasza fakt zmiany miejsca zamieszkania dziecka do pracodawcy, który z kolei przesyła korektę danych do ZUS.

II. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA (POZ)

Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 8.00 – 18.00. Natomiast w godz. 18.00 – 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta pacjenci mają zapewnione świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ.

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

Opieka lekarska

Każdy ubezpieczony **ma prawo wolnego wyboru** lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), spośród tych, którzy mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyboru dokonuje się poprzez złożenie "deklaracji wyboru" (druki deklaracji posiadają lekarze).

Ważne:

- **w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest udzielane w dniu zgłoszenia,**
- **w schorzeniach przewlekłych,** z wyłączeniem stanów zaostrzenia w przebiegu tych schorzeń, świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym z pacjentem,
- **zmiana lekarza, pielęgniarki i położnej** podstawowej opieki zdrowotnej przysługuje bezpłatnie osobie ubezpieczonej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym. W przypadku każdej kolejnej zmiany pacjent wnosi opłatę w wysokości 80 zł, kwotę tą należy wpłacić na rachunek Lubelskiego OW NFZ: Bank Gospodarstwa Krajowego O/Lublin nr 29 1130 1206 0028 9000 1220 0001 (nie dotyczy to zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę oraz innych przyczyn niezależnych od pacjenta),
- zmiany lekarza, pielęgniarki i położnej dokonuje się poprzez wypełnienie u nowo wybranego lekarza/ pielęgniarki/ położnej druku deklaracji,
- **ubezpieczony ma prawo do bezpłatnych świadczeń** z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej poza miejscem zamieszkania w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia,
- **lekarz POZ kierując pacjenta** do lekarza specjalisty lub do szpitala dołącza do skierowania wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, uzasadniających postawienie wstępnego rozpoznania,
- **lekarz POZ może wystawić receptę** zadeklarowanemu do niego pacjentowi na leki zalecane przez innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku, gdy posiada pisemną informację od tego lekarza dotyczącą rozpoznania choroby pacjenta i zalecanej farmakoterapii,
- **lekarz POZ może wystawić skierowanie** (zadeklarowanym pacjentom) **na zabiegi fizjoterapeutyczne** w warunkach ambulatoryjnych i domowych, z wyjątkiem skierowań na zabiegi fizjoterapeutyczne związane z leczeniem wad postawy oraz dysfunkcji narządu ruchu, których przyczyną są te wady, informując pacjenta, **iż skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne jest ważne 30 dni** od daty wystawienia i w tym terminie pacjent powinien rozpocząć terapię lub zarejestrować się w zakładzie realizującym świadczenia rehabilitacyjne.

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

Lekarz POZ ma obowiązek zapewnić /od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00/ porady lekarskie w przychodni, w przypadkach medycznie uzasadnionych wizyty domowe oraz funkcjonowanie gabinetu zabiegowego i punktu szczepień. W filiach świadczeniodawcy POZ dopuszcza się zapewnienie dostępności w czasie krótszym niż od 8.00-18.00, jeżeli w tych godzinach dany świadczeniodawca zapewnia dostęp do świadczeń w innym miejscu.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych⁷ wykonywanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Świadczenia w zakresie profilaktyki:

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

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

- przeprowadza badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta,
- planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia pacjenta,
- zleca wykonanie badań dodatkowych, a w szczególności laboratoryjnych i obrazowych,
- kieruje pacjenta na konsultacje specjalistyczne/ do jednostek lecznictwa zamkniętego w celu dalszej diagnostyki i leczenia, w przypadku gdy uzna to za konieczne,
- dokonuje interpretacji wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców,
- orzeka o stanie zdrowia pacjenta w oparciu o osobiście przeprowadzone badanie i dokumentację medyczną,

3. Świadczenia w zakresie leczenia chorób:

- planuje i uzgadnia z pacjentem postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,
- zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne,
- wykonuje zabiegi i procedury medyczne,

⁷ Szczegółowy zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r., Nr 214, poz. 1816).

- kieruje do: lekarzy specjalistów, do oddziałów leczenia stacjonarnego, do zakładów opieki długoterminowej, pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej, leczenia uzdrowiskowego,
 - orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki zgodnie z odrębnymi przepisami,
4. Świadczenia w zakresie działań mających na celu usprawnianie pacjenta:
- zleca wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych przez świadczeniodawców,
 - zleca wydanie pacjentowi przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zgodnie z odrębnymi przepisami.

Świadczenia pielęgniarki POZ

Pielęgniarka realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską, w szczególności:

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

Realizacja opieki pielęgniarskiej następuje od poniedziałku do piątku, pomiędzy godz. 8.00 a 18.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia.

W schorzeniach przewlekłych oraz w pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań pielęgniarki POZ świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym ze świadczeniobiorcą.

Każdy ubezpieczony **ma prawo wolnego wyboru** pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), spośród tych, które mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyboru dokonuje się poprzez złożenie "deklaracji wyboru" (druki deklaracji posiadają pielęgniarki).

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarkę POZ:

1. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki:
- rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych podopiecznych,
 - prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego trybu życia,
 - realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób,
 - edukacja w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych oraz informowanie o szczepieniach zalecanych,

2. Świadczenia diagnostyczne:

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

3. Świadczenia pielęgnacyjne obejmują:

- realizację opieki pielęgnacyjnej u pacjentów w różnych stanach zdrowia i choroby,
- wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych,
- przygotowywanie i aktywizowanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności,

4. Świadczenia lecznicze:

- dobór technik karmienia, w zależności od stanu chorego,
- wykonywanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna,
- podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych,
- cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet,
- opatrywanie ran, odleżyn, oparzeń, zdejmowanie szwów,
- stawianie baniek lekarskich,
- wykonywanie inhalacji,
- udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach,

5. Świadczenia rehabilitacyjne:

- rehabilitacja przyłóżkowa w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i długotrwałego unieruchomienia,
- usprawnianie ruchowe,
- drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej, ćwiczenia ogólnousprawniające.

Opieka położnej POZ

Położna POZ zobowiązana jest do udzielania kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej w środowisku podopiecznego z zakresu pielęgnacyjnej opieki położniczo-ginekologiczno-neonatologicznej nad zadeklarowanymi do niej

świadczeniobiorcami. Realizacja opieki położniczej następuje od poniedziałku do piątku, pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia. W schorzeniach przewlekłych oraz w pozostałych przypadkach wynikających z zakresu zadań położnej POZ świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym z pacjentem.

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

Każda ubezpieczona pacjentka **ma prawo wolnego wyboru** położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), spośród tych, które mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyboru dokonuje się poprzez złożenie "deklaracji wyboru" (druki deklaracji posiadają położne).

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez położną POZ:

1. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki:

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

2. Świadczenia diagnostyczne:

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

3. Świadczenia lecznicze:

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

4. Świadczenia pielęgnacyjne:

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

5. Świadczenia rehabilitacyjne:

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

Opieka pielęgniarzki szkolnej

Pielęgniarka szkolna planuje i realizuje profilaktyczną opiekę zdrowotną w środowisku nauczania i wychowania na rzecz uczniów począwszy od klasy „0” w szkołach podstawowych do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej.

Ważne:

- pielęgniarzka szkolna udziela pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc,
- pielęgniarzka szkolna nie zapewnia opieki pielęgniarzkiej przez cały czas trwania zajęć lekcyjnych w szkole.

NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA W POZ

Opieka nocna i świąteczna realizowana jest przez lekarza i pielęgniarzkę, poprzez:

- porady lekarskie udzielane w warunkach ambulatoryjnych w kontakcie bezpośrednim z pacjentem lub telefonicznie oraz w domu chorego,
- świadczenia pielęgniarzkie udzielane w gabinecie zabiegowym lub w domu pacjenta, zlecone przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji,
- świadczenia udzielone przez pielęgniarzkę doraźnie, w związku z poradą udzieloną przez lekarza w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ.

Świadczenia o których mowa wyżej są realizowane przez lekarzy lub pielęgniarzki od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w warunkach ambulatoryjnych lub w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy.

Zakres świadczeń:

- Świadczenia lekarskie, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia,
- zabiegi realizowane przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym, zlecane podopiecznym przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji.

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

Ważne:

- Świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ nie obejmują sytuacji związanych ze stanami bezpośredniego zagrożenia życia, w szczególności w przypadkach: utraty przytomności, upadków z wysokości, złamań, wypadków komunikacyjnych, nagłych zaburzeń świadomości, urazów wypadkowych, nagłej duszności, porażenia prądem elektrycznym, porodu oraz dolegliwości związanych z ciążą,
- Pacjenci od marca 2011 roku w razie pogorszenia stanu zdrowia, mają zapewnioną możliwość korzystania z pomocy w dowolnym punkcie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Jedynie w przypadku wizyt domowych, aby zapewnić sprawną organizację udzielania świadczeń w domu chorego, świadczeniodawcy przyjmują zgłoszenia zgodnie z rejonami zabezpieczenia. Informację o tym, gdzie zlokalizowane są punkty udzielania świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej można uzyskać w przychodni POZ, we właściwym oddziale NFZ lub na stronie internetowej www.nfz-lublin.pl.

TRANSPORT SANITARNY W POZ

Świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu publicznego na zasadach określonych w art. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

Transport sanitarny w POZ polega na zapewnieniu pacjentowi transportu sanitarnego w godzinach funkcjonowania POZ (od poniedziałku do piątku, pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy), do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, a w przypadku świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym, także z powrotem do miejsca zamieszkania.

Transport sanitarny w POZ obejmuje:

- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie stacjonarym;
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na leczenie w trybie dziennym;

- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem;
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu), celem wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, i z powrotem;
- przewóz z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.

Ważne:

Transport sanitarny jest:

- **bezpłatny** na podstawie zlecenia lekarza POZ w przypadkach: konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia lub zachowania ciągłości leczenia oraz gdy u pacjenta występuje dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego – do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie.
- **częściowo odpłatny (60 proc.)**, na podstawie zlecenia lekarza POZ, w przypadkach niewymienionych powyżej w określonych grupach schorzeń (patrz też „Pomoc doraźna i transport sanitarny”).

Świadczenie transportu „dalekiego” w POZ

Świadczenie transportu „dalekiego” w POZ przysługuje pacjentom zapisanym do świadczeniodawcy POZ, w następujących sytuacjach:

- a) gdy z przyczyn losowych, nie wynikających z wyboru pacjenta, korzystał on ze świadczeń w warunkach szpitalnych poza granicami kraju, a jego stan zdrowia w momencie uzyskania wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do domu. Transport ten jest realizowany od granicy Polski do miejsca zamieszkania pacjenta,
- b) gdy z przyczyn losowych, nie wynikających z wyboru pacjenta, korzystał on ze świadczeń w warunkach szpitalnych poza granicami kraju a wypis ze szpitala następuje przed zakończeniem terapii i wymaga kontynuacji leczenia w kraju, oraz gdy nie istnieją medyczne przeciwwskazania do udzielenia świadczenia transportu sanitarnego POZ. Transport taki jest realizowany od granicy Polski do najbliższego, ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta, zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie,
- c) gdy, z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, pacjent musi korzystać ze świadczeń specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, a najbliższy zakład udzielający świadczeń we właściwym zakresie zlokalizowany jest w odległości „tam i z powrotem” powyżej 120 km i ogólny stan zdrowia chorego nie pozwala na jego samodzielny dojazd do zakładu – transport POZ przysługuje z miejsca zamieszkania pacjenta

do najbliższego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem,

- d) gdy, z przyczyn uzasadnionych wskazaniami medycznymi, pacjent musi korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń opieki ambulatoryjnej, realizowanych jedynie przez niektórych świadczeniodawców we właściwym zakresie świadczeń i miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości „tam i z powrotem” powyżej 120 km i ogólny stan zdrowia pacjenta nie pozwala na jego samodzielny dojazd do zakładu – transport POZ przysługuje z miejsca zamieszkania chorego do świadczeniodawcy wskazanego skierowaniem na transport sanitarny i z powrotem. Przepis stosuje się odpowiednio dla możliwych do realizacji w warunkach ambulatoryjnych, procedur kwalifikacji wstępnej pacjentów do świadczeń wysokospecjalistycznych.

O wyrażeniu zgody na udzielenie świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” występuje, w uzgodnieniu z lekarzem POZ, do dyrektora właściwego terytorialnie oddziału wojewódzkiego NFZ:

- pacjent lub członek jego rodziny po uzyskaniu stosownego zaświadczenia (sporządzonego w języku polskim) od zakładu udzielającego świadczeń szpitalnych poza granicami Polski, w przypadkach wymienionych wyżej w lit. a, b,
- pacjent lub jego opiekun prawny, po uzyskaniu stosownego zaświadczenia z zakładu udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w przypadkach określonych w lit. c, d.

Druki wniosku zlecenia transportu sanitarnego „dalekiego” posiadają świadczeniodawcy POZ.

Programy profilaktyczne realizowane przez lekarza i pielęgniarkę w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

W ramach POZ realizowane są następujące profilaktyczne programy zdrowotne:

- program profilaktyki chorób układu krążenia,
- program profilaktyki gruźlicy.

Szczegółowe informacje dotyczące programów profilaktycznych realizowanych w POZ oraz innych programów znajdują się w rozdz. 7 „Profilaktyczne programy zdrowotne”.

2. AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE

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

Skierowanie dla ubezpieczonego **nie jest wymagane** do świadczeń:

- ginekologa i położnika,
- dentysty,
- dermatologa,
- wenerologa,
- onkologa,
- okulisty,
- psychiatry,
- dla osób chorych na gruźlicę,
- dla osób zakażonych wirusem HIV,
- dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów,
- dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych w zakresie leczenia odwykowego,
- dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Pacjent ma prawo wyboru lekarza specjalisty, spośród świadczeniodawców posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

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

Ważne:

- **w przypadku braku możliwości uzyskania porady w dniu zgłoszenia**, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia listy osób oczekujących i wyznaczenia terminu przyjęcia (kryteria umieszczania pacjentów na liście reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia⁸, więcej nt. list oczekujących w rozdziale „Kolejki oczekujących”).

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając

- **prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają:** Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci, a także uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- **w medycznie uzasadnionych przypadkach** lekarz specjalista udziela porad w domu pacjenta,
- **badania diagnostyczne** są dla ubezpieczonego bezpłatne na podstawie skierowania, w laboratorium/ pracowni, wskazanej przez lekarza,
- **rejestracja pacjentów** odbywa się na podstawie zgłoszenia: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej.

W przypadku gdy pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonywania badań kontrolnych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowanie na te badania wydaje lekarz specjalista.

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący chorego w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza kierującego/POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym okresie ich stosowania i sposobu dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarza specjalistę:

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

świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).

3. STOMATOLOGIA

Świadczenia stomatologiczne przysługują pacjentowi bez skierowania. Pacjent ma prawo do bezpłatnych gwarantowanych świadczeń stomatologicznych⁹.

Korzystając z usług stomatologa w ramach ubezpieczenia zdrowotnego pacjent **obowiązany jest przedstawić dowód ubezpieczenia zdrowotnego.**

Ważne:

- **pacjent zgłaszający się z bólem** powinien otrzymać pomoc w dniu zgłoszenia,
- **pacjentowi przysługuje** uzupełnienie braków zębowych **oraz zaopatrzenie bezzębnej szczęki** z zastosowaniem ruchomych częściowych i całkowitych protez raz na 5 lat. Naprawa protez przysługuje raz na 2 lata. Początkiem okresu, który podlega weryfikacji w zakresie uprawnień do wykonania oraz naprawy protez zębowych jest 1 stycznia 2011 roku.
- **dziecku do ukończenia 12 roku życia przysługuje leczenie ortodontyczne wad zgryzu z zastosowaniem aparatu ortodontycznego** do zdejmowania jedno- i dwuszcękowego **oraz**
- **bezpłatna kontrola i naprawa aparatu** (raz w roku) po zakończeniu leczenia przysługuje wyłącznie dzieciom do ukończenia 13 roku życia, leczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Nie przysługuje wymiana i naprawa aparatu uszkodzonego z powodu nieprawidłowego użytkowania,
- stałe aparaty ortodontyczne nie są finansowane przez Fundusz,
- świadczenia udzielone przy użyciu materiałów innych niż gwarantowane bądź świadczenia inne niż gwarantowane nie są refundowane przez NFZ – pacjent pokrywa 100% kosztów udzielonego świadczenia.

Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz **kobiety w ciąży i w okresie połogu** (trwającego 42 dni od dnia porodu) mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z wykazem świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane dla tych osób.

Dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym do ukończenia 16 roku życia oraz dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym od ukończenia 16 roku życia do ukończenia 18 roku życia, a także **osobom niepełnosprawnym** w stopniu umiarkowanym i znacznym, które ukończyły 18 rok życia, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługuje:

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2009 r., Nr 140, poz. 1144 z późn. zm.).

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

Dokumentem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń w znieczuleniu ogólnym jest orzeczenie o niepełnosprawności.

Dokument potwierdzający prawo do dodatkowych świadczeń:

- dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia – karta ubezpieczenia zdrowotnego, lub dokument stwierdzający tożsamość lub skrócony odpis aktu urodzenia,
- kobiety w ciąży – karta przebiegu ciąży i karta ubezpieczenia zdrowotnego lub dokument stwierdzający tożsamość,
- kobiety w okresie połogu – skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i karta ubezpieczenia zdrowotnego lub dokument stwierdzający tożsamość.

Wykaz Świadczeniodawców Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ udzielających świadczeń zdrowotnych w 2012 roku w ramach dyżuru stomatologicznego:

Lp	Nazwa zakładu zdrowotnego	Adres	Numer telefonu	Czas pełnienia dyżuru	
				Dni	Godziny
1	NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Stomatologiczna „Specdent”	Biała Podlaska ul. Prosta 35	(83) 3444777	soboty, niedziele i dni święteczne	7.00-19.00
2	Niepubliczny Stomatologiczny ZOZ	Janów Lubelski ul. Kilińskiego 3/1	(15) 8723050	soboty, niedziele i dni święteczne	7.00- 19.00
3	NZOZ Przychodnia Specjalistyczna „Hipoteczna 4”	Lublin, ul. Hipoteczna 4	(81) 5326180	codziennie dyżury nocne oraz w weekendy i święta	19.00 -7.00 całodobowo
4	NZOZ „Prima-Med.” Prywatna Przychodnia Stomatologiczno-Medyczna	Puławy ul. Lubelska 25	(81) 8877025	codziennie dyżury nocne oraz w weekendy i święta	19.00-7.00 całodobowo
5	NZOZ „Medident”	Tomaszów Lubelski ul. Wańkowicza 8	(84) 6650305	soboty, niedziele oraz dni święteczne	7.00 – 19.00
6	Wielospecjalistyczne Centrum Stomatologiczne	Zamość ul. Kilińskiego 4	(84) 6775149	soboty, niedziele oraz dni święteczne	7.00 – 19.00
7	Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Stomatologiczna	Łuków ul. A. Struga 9	(25) 7983799	soboty, niedziele oraz dni święteczne	7.00-19.00
8	NZOZ „Salus” Przychodnia Stomatologiczna	Chełm ul. Piłsudskiego 11B	(82) 5630332	Soboty, niedziele oraz dni święteczne	7.00-19.00

4. LECZENIE SZPITALNE

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

Ważne:

- **w stanie nagłym** (tj. w stanie, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia lub życia) świadczenia zdrowotne udzielane są bez wymaganego skierowania,
- w przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta do szpitala w dniu zgłoszenia, pacjent wpisywany jest na **listę oczekujących**, w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, pacjent powinien zgłosić się do lekarza w celu oceny możliwości udzielenia świadczenia we wcześniejszym terminie,
- w razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu przyjęcia na leczenie, świadczeniodawca w każdy możliwy sposób informuje pacjenta o nowym terminie udzielenia świadczenia,
- **prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają:** Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci, uprawnieni żołnierze i pracownicy oraz weterani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- **w przypadku zakwalifikowania pacjenta do leczenia w szpitalu**, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego – szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje,
- **pacjentowi przyjętemu do szpitala** zapewnia się bezpłatne leki i wyroby medyczne, konieczne do wykonania świadczenia,
- **w czasie pobytu pacjenta w szpitalu lekarz POZ** nie może wystawiać zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne, w tym na pieluchomajtki oraz ordynować leków,
- **koszty** wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń ponosi świadczeniodawca,
- pacjent po zakończeniu leczenia szpitalnego (a także w przypadku świadczeń udzielonych w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć) powinien uzyskać kartę informacyjną oraz stosownie do zaistniałej sytuacji: skierowania na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej, recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze i ortopedyczne zlecone w karcie informacyjnej, zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.

Pacjent ubiegający się o udzielenie świadczenia jest zobowiązany przedstawić dowód ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku stanu nagłego – dokument ten może zostać przedstawiony w innym czasie nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia – jeśli pacjent przebywa w szpitalu, lub w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielenia świadczenia. W razie nie

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

5. REHABILITACJA LECZNICZA

Czas ważności skierowania wynosi 30 dni. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostało zarejestrowane w gabinecie/zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia.

Rehabilitacja lecznicza realizowana jest:

I. W warunkach ambulatoryjnych:

- a) porada lekarska rehabilitacyjna,
- b) fizjoterapia ambulatoryjna (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny).

II. W warunkach domowych:

- a) porada lekarska rehabilitacyjna,
- b) fizjoterapia domowa (wizyta fizjoterapeutyczna, zabieg fizjoterapeutyczny).

III. W warunkach ośrodka lub oddziału dziennego:

- a) rehabilitacja ogólnoustrojowa, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po mastektomii, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcja ręki,
- b) rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
- c) rehabilitacja słuchu i mowy,
- d) rehabilitacja wzroku,
- e) rehabilitacja kardiologiczna,
- f) rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii.

IV. W warunkach stacjonarnych:

- a) rehabilitacja ogólnoustrojowa,
- b) rehabilitacja neurologiczna,
- c) rehabilitacja pulmonologiczna,
- d) rehabilitacja kardiologiczna.

Oznaczenia pojęć:

- porada lekarska rehabilitacyjna, obejmuje m.in. ogólną ocenę stanu zdrowia pacjenta (badanie lekarskie), skierowania na konsultację i badania dodatkowe, punkcje lecznicze i iniekcje odstawowe, ocenę aktywności ruchowej pacjenta, wypisanie zleceń na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz innych zleceń i wniosków, ustalenie programu usprawniania leczniczego, wystawienie skierowania

na fizjoterapię i leczenie uzdrowiskowe. końcową ocenę procesu usprawniania.

- porada rehabilitacyjna lekarska dla noworodków i niemowląt - badanie lekarskie obejmujące poza ww. dodatkowo ocenę: rozwoju psychoruchowego, neurofizjologicznego, deformacji i ograniczeń zakresu ruchu w stawach kończyn górnych i dolnych, ocenę percepcji wzrokowej i słuchowej oraz kontaktu emocjonalnego z otoczeniem, pomiary antropometryczne.
- wizyta fizjoterapeutyczna - świadczenie polegające na ocenie i opisie stanu pacjenta przed rozpoczęciem rehabilitacji/fizjoterapii, badaniu czynnościowym narządu ruchu oraz innym badaniu koniecznym do ustalenia planu rehabilitacji, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego pacjenta, po zakończeniu rehabilitacji/fizjoterapii, udzielenie pacjentowi wskazówek co do dalszego postępowania rehabilitacyjnego.
- zabieg fizjoterapeutyczny - świadczenie wymienione w Katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych, obejmujące: kinezyterapię (ćwiczenia), masaż, elektrolecznictwo (m.in. galwanizacja, jonoforeza, ultradźwięki), leczenie polem elektromagnetycznym, światłolecznictwo (m.in. laseroterapia), ciepłolecznictwo (okłady parafinowe), hydroterapię, krioterapię, balneoterapię.

I. Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych

Skierowanie do poradni rehabilitacyjnej oraz na zabiegi fizjoterapeutyczne wystawiane jest przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (w tym lekarza POZ).

Pacjent ma prawo do fizjoterapii - w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych, nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Skierowanie na fizjoterapię związaną z leczeniem dysfunkcji narządu ruchu wywołaną wadami postawy wystawia (bezpośrednio na zabiegi) lekarz specjalista w dziedzinie:

- rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej,
- ortopedii i traumatologii lub chirurgii urazowo-ortopedycznej lub lekarz w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

W skierowaniu lekarz podaje przyczynę kierowania na rehabilitację, wskazując rozpoznanie i kod jednostki chorobowej, opis dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację oraz określa rodzaj zlecanych zabiegów, ich liczbę, parametry zabiegu i okolicę ciała oraz choroby przebyte i współistniejące, w tym informację dotyczącą np. wszczepionego rozrusznika lub metalu w ciele pacjenta mogących mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji.

II. Rehabilitacja w warunkach domowych może obejmować swoim zakresem poradę lekarską rehabilitacyjną, wizytę fizjoterapeutyczną, zabiegi fizjoterapeutyczne w miejscu zamieszkania/przebywania pacjenta, który ze względu na brak możliwości samodzielnego przemieszczania się nie może dotrzeć do placówek udzielających świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.

Skierowanie do rehabilitacji w warunkach domowych wystawia lekarz POZ lub inny lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, specjalista w dziedzinie:

- rehabilitacji medycznej,
- balneologii i medycyny fizykalnej,
- reumatologii,
- neurologii,
- neurochirurgii,
- chirurgii ogólnej, ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej,
- ortopedii i traumatologii lub lekarz w trakcie specjalizacji ww. dziedzin medycyny (wym. w zał. nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r., Dz. U. Nr 140, poz. 1145 z późn. zm.).

Rehabilitacja domowa realizowana jest u chorych z zaburzeniami funkcji narządu ruchu spowodowanymi:

- ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stany po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) do 12 miesięcy od ostrego incydentu mózgowego,
- ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego (5 stopień w skali Rankina – nie dotyczy dzieci do 18 roku życia),
- uszkodzeniem rdzenia kręgowego do 12 miesięcy od powstania uszkodzenia,
- chorobami przewlekłe postępującymi, a w szczególności: miopatiami, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów),
- chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu, przez okres do 6 miesięcy po operacji,
- stanami po urazach kończyn dolnych, do 6 miesięcy po urazie oraz
- osobom w stanie wegetatywnym/apalicznym.

Czas trwania rehabilitacji w warunkach domowych wynosi do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym i nie więcej niż 5 zabiegów dziennie.

Częstotliwość, długość cyklu terapeutycznego, liczbę zabiegów (do 5 zabiegów dziennie) oraz termin wizyty kontrolnej ustala lekarz kierujący, dostosowując te parametry indywidualnie do potrzeb danego pacjenta.

W ramach rehabilitacji w warunkach domowych prowadzona jest także edukacja zdrowotna pacjenta i jego opiekunów, obejmująca naukę wykonywania ćwiczeń.

III. Rehabilitacja udzielana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego - świadczenia udzielane pacjentom, którzy ze względu na stan zdrowia nie mogą korzystać z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, a nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego.

a) rehabilitacja ogólnoustrojowa – obejmuje swym zakresem: porady lekarskie, świadczenia z zakresu neuropsychologii, logopedii, psychoterapii, zabiegi fizjoterapeutyczne.

Do rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym kierują lekarze oddziału:

- urazowo-ortopedycznego,
- chirurgicznego,
- neurochirurgicznego,
- reumatologicznego,
- chorób wewnętrznych,
- onkologicznego,
- urologicznego,
- ginekologicznego,
- rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej

oraz lekarze poradni:

- rehabilitacyjnej,
- urazowo-ortopedycznej,
- neurologicznej,
- reumatologicznej,
- oraz lekarz POZ, w przypadku zaostrzeń schorzeń przewlekłych.

Kwalifikacji do tej formy leczenia dokonuje lekarz ośrodka lub oddziału, na podstawie skierowania, aktualnej dokumentacji medycznej i oceny stanu zdrowia.

Czas trwania rehabilitacji wynosi 3-6 tygodni, przez 5 dni w tygodniu, średnio 5 zabiegów dziennie. Pacjent przebywa w ośrodku/oddziale dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej nie krócej niż 3 godziny dziennie.

b) rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym realizuje wielospecjalistyczną, kompleksową rehabilitację, w ramach której udzielane są porady lekarskie, świadczenia z zakresu psychologii, psychoterapii i neuropsychologii, logopedii, zabiegi

fizjoterapeutyczne; indywidualne zajęcia z pacjentem, zajęcia grupowe, dla dzieci:

- z grupy wysokiego ryzyka ciąży-porodowego,
- z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego (np. przepukliny oponowo-rdzeniowe, małogłowie, wrodzone wodogłowie),
- z chorobami metabolicznymi układu nerwowego,
- z zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego,
- z zespołem mikrozaburzeń czynności mózgu (z wyłączeniem zespołów nadpobudliwości psychomotorycznej),
- z zespołami aberracji chromosomów (np. zespół Downa),
- z trwałymi dysfunkcjami aparatu ruchu (np. dziecięce porażenie mózgowe, miopatie, zaniki nerwowo-mięśniowe, następstwa chorób urazowych i zapalnych ośrodkowego układu nerwowego),
- z zaburzeniami integracji sensorycznej,
- z nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym,
- z wrodzonymi wadami rozwojowymi wielu układów,

Do rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego kierują lekarze oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych:

- neonatologicznej,
- rehabilitacyjnej,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- neurologicznej,
- reumatologicznej,
- chirurgii dziecięcej,
- oraz poradni podstawowej opieki zdrowotnej

Ta forma rehabilitacji przeznaczona jest dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego do 18 lat, a w przypadku dzieci upośledzonych w stopniu głębokim do ukończenia 25 roku życia (po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych).

Czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym wynosi 120 osobodni w roku kalendarzowym.

Rehabilitację realizuje się:

- w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla dzieci w wieku 0 - 3 lat,
- w czasie nie krótszym niż 2 godziny dla dzieci w wieku 4 – 7 lat,
- w czasie nie krótszym niż 3 godziny dla dzieci w wieku 8 – 18 lat.

c) rehabilitacja słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno-terapeutyczną nad pacjentami z uszkodzonym słuchem.

Do rehabilitacji słuchu i mowy w ośrodku/oddziale dziennym kierują lekarze poradni specjalistycznych:

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

Czas trwania rehabilitacji słuchu i mowy w ośrodku/oddziale dziennym wynosi do 120 osobodni w roku kalendarzowym.

Rehabilitację realizuje się:

- w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla dzieci w wieku 0 - 7 lat,
- w czasie nie krótszym niż 1,5 godziny dla pacjentów w wieku 8 – 19 lat,
- w czasie nie krótszym niż 1 godzina dla pacjentów w wieku powyżej 19 lat.

d) rehabilitacja wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno-terapeutyczną nad pacjentami z uszkodzonym wzrokiem.

Do rehabilitacji wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym kierują lekarze poradni specjalistycznych:

- okulistycznej,
- neurologicznej.

Czas trwania rehabilitacji wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym wynosi do 120 osobodni w roku kalendarzowym.

e) rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym odbywa się w oparciu o indywidualnie dobrany schemat treningowy, dla pacjentów po:

- ostrych zespołach wieńcowych,
- plastyce naczyń wieńcowych,
- zabiegach kardiochirurgicznych,
- zabiegach z zakresu chirurgii naczyniowej,
- zaostrzeniach niewydolności serca,

Skierowanie chorego do rehabilitacji w ośrodku/oddziale dziennym wystawia lekarz oddziału:

- kardiologii,
- kardiochirurgii,
- chorób wewnętrznych,
- lekarz poradni kardiologicznej.

Czas rehabilitacji kardiologicznej ustalany jest indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego i wynosi nie więcej niż 24 osobodni w ciągu kwartału (trzech miesięcy).

f) rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku lub oddziale dziennym prowadzona jest w naturalnych podziemnych komorach solnych i ma na celu wykorzystanie ich specyficznego mikroklimatu.

Skierowanie na rehabilitację pulmonologiczną jest wystawiane przez lekarza poradni:

- rehabilitacji medycznej,
- gruźlicy i chorób płuc,
- alergologii,
- laryngologii.

Czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii jest ustalana indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego i nie może być krótsza niż 14 dni i dłuższa niż 24 dni.

IV. Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych:

a) rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych - całodobowe świadczenia udzielane pacjentom wymagającym kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz co najmniej całodobowego nadzoru pielęgniarstwa. Przeznaczona dla pacjentów po: urazach, zabiegach operacyjnych, zaostrzeniach chorób przewlekłych.

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

- neurologicznych,
- neurochirurgicznych,
- urazowo-ortopedycznych,
- chirurgicznych,
- reumatologicznych,
- chorób wewnętrznych,
- onkologicznych,
- ginekologicznych,
- urologicznych.

oraz w przypadku zaostrzeń schorzeń przewlekłych przez lekarzy poradni:

- rehabilitacyjnych,
- urazowo-ortopedycznych,
- neurologicznych,

- reumatologicznych,

Do skierowania powinna być dołączona aktualna dokumentacja medyczna (lub kopia) potwierdzająca rozpoznanie.

Kwalifikacji do rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dokonuje lekarz oddziału rehabilitacyjnego, po ocenie stanu zdrowia i na podstawie dokumentacji medycznej.

Czas trwania rehabilitacji wynosi 3-6 tygodni.

b) rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych – prowadzona jest w warunkach oddziału szpitalnego.

Zasady przyjęcia do oddziału rehabilitacji neurologicznej:

W przypadku rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu, zaburzeń funkcji rdzenia i korzeni nerwowych, zaburzeń obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych oraz rehabilitacji przewlekłej - pod warunkiem że chorzy są już po przebytej rehabilitacji w wyżej wymienionych grupach i wymagają kontynuacji rehabilitacji w warunkach stacjonarnych:

- przyjęcie ze skierowaniem z oddziału lub kliniki: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii, chorób zakaźnych lub
- przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej: rehabilitacyjnej, neurologicznej, neurochirurgicznej, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, urazowo-ortopedycznej;

W przypadku rehabilitacji neurologicznej dziecięcej:

- przyjęcie ze skierowaniem z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologii, neurologii i neurochirurgii, ortopedii i traumatologii, chirurgii dziecięcej lub
- przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej: neurologicznej, neonatologicznej, neurochirurgicznej, urazowo-ortopedycznej, chirurgii dziecięcej, rehabilitacyjnej.
- O długości leczenia decyduje ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta.

c) rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych – udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych w procesie leczenia powikłanych lub przedłużających się chorób płuc pacjentom, którzy z uwagi na kontynuację leczenia wymagają kompleksowych czynności rehabilitacyjnych w warunkach oddziału rehabilitacji pulmonologicznej.

Kwalifikacja dorosłych:

- przewlekłe nieżyty oskrzeli, zanikowe, śluzowe, śluzowo-ropne (po przebytych zaostrzeniach z zaburzeniami wentylacji),
- rozedma i pylica płuc z towarzyszącym nieżytem oskrzeli,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc, po zaostrzeniach,
- astma oskrzelowa, po zaostrzeniach,
- rozstrzenie oskrzeli z towarzyszącym nieżytem,

- mukowiscydoza,
- stany po przebyłym odoskrzelowym zapaleniu płuc (do 3 tygodnia od zakończenia leczenia),
- stan po przebyłym wysiękowym zapaleniu opłucnej (do 3 tygodnia od zakończenia leczenia),
- stany przed i pooperacyjne w obrębie dróg oddechowych.

Kwalifikacja dzieci:

- nawracające zapalenia oskrzeli, zespoły zatokowo-oskrzelowe, rozstrzenie oskrzeli z towarzyszącym nieżytem, astma oskrzelowa,
- stany po: zapaleniu płuc (do 3 tygodnia od zakończenia leczenia), po przebyłym zespole zaburzeń oddechowych, po aspiracji ciała obcego, po zabiegach torakochirurgicznych,
- wszelkie nawracające schorzenia dróg oddechowych towarzyszące innym przewlekłym chorobom (np. epilepsja i inne schorzenia neurologiczne lub zespoły złego wchłaniania),
- mukowiscydoza,
- wrodzone wady układu oddechowego,
- wrodzone wady serca, wady postawy, itp.

Skierowanie do oddziału rehabilitacji pulmonologicznej wystawia lekarz z oddziału szpitalnego:

- pulmonologii,
- torakochirurgii,
- kardiologii,
- laryngologii,
- oddziału chorób wewnętrznych,
- alergologii,
- pediatrii - w zakresie rehabilitacji wieku rozwojowego oraz
- lekarz poradni chorób płuc lub lekarz poradni rehabilitacyjnej lub lekarz poradni alergologicznej.

Czas trwania rehabilitacji w warunkach oddziału stacjonarnego wynosi do 3 tygodni.

Przeciwwskazania do rehabilitacji pulmonologicznej dorosłych i dzieci:

- choroby układu oddechowego z objawami niewydolności krążenia i zaawansowanej niewydolności oddechowej,
- choroby przewlekłe w okresie zaostrzeń,
- ostre stany chorobowe,
- choroby nowotworowe,
- gruźlica płuc,

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

d) rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych udzielana jest w warunkach oddziału szpitalnego, pacjentom z wysokim poziomem ryzyka i powikłanym przebiegiem leczenia.

Skierowanie na rehabilitację kardiologiczną w ramach kontynuacji leczenia jest wystawiane przez lekarza:

- oddziału kardiologicznego, kardiochirurgicznego, chorób wewnętrznych, pediatrycznego;
- poradni kardiologicznej lub poradni rehabilitacyjnej.
- O długości leczenia decyduje ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta.

6. LECZENIE UZDROWISKOWE

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

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia pacjenta, brak przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego, oczekiwany wpływ leczenia uzdrowiskowego na stan zdrowia pacjenta, dotychczasowy przebieg i wyniki leczenia uzdrowiskowego, o ile pacjent z takiego leczenia korzystał.

Oddział wojewódzki Funduszu potwierdza skierowanie, jeżeli:

- lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej aprobował celowość skierowania,
- w odpowiednich zakładach lecznictwa uzdrowiskowego są wolne miejsca, przewidziane w umowach z tymi zakładami.

Potwierdzając skierowanie, oddział wojewódzki Funduszu określa:

- rodzaj leczenia uzdrowiskowego i jego tryb,
- odpowiedni zakład lecznictwa uzdrowiskowego,
- datę rozpoczęcia leczenia i czas jego trwania, w przypadku leczenia uzdrowiskowego w warunkach stacjonarnych,

- termin ważności skierowania i okres leczenia, w przypadku leczenia uzdrowiskowego w warunkach ambulatoryjnych.

Jeżeli lekarz specjalista nie zaaprobował celowości skierowania jest ono zwracane lekarzowi, który je wystawił, wraz z podaniem przyczyny odmowy potwierdzenia skierowania, a pisemna informacja przekazywana jest świadczeniobiorcy. Na niepotwierdzenie skierowania przez Oddział Funduszu nie przysługuje odwołanie.

Czas trwania leczenia uzdrowiskowego wynosi:

27 osobodni – uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat

21 osobodni – uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat

- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych
- uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych
- uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych

28 osobodni – uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym

- uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym

18 dni - uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci

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

Dzieci w wieku od 3 do 6 lat mogą być kierowane na leczenie uzdrowiskowe same lub pod nadzorem opiekuna (w przypadku dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, ewentualnie schorzeniami neurologicznymi o zbliżonym obrazie klinicznym – do 18 lat). Leczenie dzieci jest bezpłatne, natomiast rodzice lub opiekunowie ponoszą pełną odpłatność za pobyt w zakładzie.

Dzieci uczęszczające do szkoły podstawowej lub gimnazjum mają zapewnioną realizację obowiązku szkolnego i kierowane są do sanatorium przez cały rok.

Ważne:

- w przypadku osób dorosłych zalecana częstotliwość korzystania z ambulatoryjnego i sanatoryjnego leczenia uzdrowiskowego oraz rehabilitacji w sanatorium uzdrowiskowym - nie częściej niż raz na 18 miesięcy,

- w przypadku braku miejsc w odpowiednich zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, Oddział Funduszu prowadzi listę osób oczekujących na potwierdzenie skierowania. Pacjenci mają prawo do informacji o swojej kolejności na liście oczekujących,
- na stronie internetowej <https://skierowania.nfz.gov.pl> można sprawdzić swoje aktualne miejsce na liście oczekujących na leczenie uzdrowiskowe (wystarczy jedynie podać numer skierowania),
- skierowanie wraz z wynikami badań dodatkowych, jest ważne do 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia. Okres ważności potwierdzonego skierowania na leczenie uzdrowiskowe wynosi 18 miesięcy od daty wystawienia,
- jeżeli w ww. czasie leczenie nie zostało rozpoczęte (np. z powodu braku miejsc), skierowanie jest odsyłane w celu weryfikacji do świadczeniodawcy, który je wystawił. W przypadku negatywnej weryfikacji, lekarz zawiadamia o tym fakcie zarówno pacjenta, jak i właściwy oddział NFZ (w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skierowania),
- skierowanie, które zostało pozytywnie zweryfikowane przez lekarza, powinno zostać przesłane w ciągu 30 dni od dnia otrzymania z powrotem do oddziału NFZ, gdzie zostanie ono poddane ponownej ocenie,
- świadczeniobiorca ponosi częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym oraz ponosi koszty opłaty klimatycznej,
- dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym,
- NFZ nie organizuje i nie pokrywa kosztów podróży na leczenie uzdrowiskowe i z powrotem,
- leczenie uzdrowiskowe trwa przez cały rok i pacjent nie ma możliwości wyboru terminu ani miejscowości do której zostanie skierowany. Termin wyjazdu zależy od daty złożenia skierowania oraz kolejki osób oczekujących na leczenie w zakresie danego profilu schorzenia,
- NFZ opiera się o zasadę równego traktowania obywateli, co oznacza brak preferencji zawodowych pod względem wyznaczania terminów leczenia uzdrowiskowego,
- NFZ nie gwarantuje wspólnego wyjazdu małżonkom (w tym samym terminie i do tego samego uzdrowiska). Powyższe dotyczy również osób chcących wyjechać wspólnie na leczenie uzdrowiskowe,
- koszty związane z pobytem opiekuna nie są finansowane przez Fundusz,

- NFZ nie gwarantuje połączenia skierowań dzieci, w przypadku odmiennych zakresów świadczeń.,
- w przypadku pobytu w warunkach stacjonarnych pierwszy dzień pobytu rozpoczyna się o godz. 14.00, a ostatni kończy o godz. 12.00.

Wysokość odpłatności określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2010 r. zm. rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 252, poz. 1698).

Cena za 1 dzień pobytu w pokoju z wyżywieniem	I sezon (od 1 października do 30 kwietnia) w zł	II sezon (od 1 maja do 30 września) w zł
Pokój 1 os. z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	26,50	33,00
Pokój 1 os. w studiu	21,00	30,00
Pokój 1 os. bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	20,00	27,00
Pokój 2 os. z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	16,00	22,00
Pokój 2 os. w studiu	13,50	20,00
Pokój 2 os. bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	11,50	16,00
Pokój wieloosobowy z pełnym węzłem sanitarnym	10,00	12,00
Pokój wieloosobowy studiu	9,50	11,00
Pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	8,50	9,50

7. PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE

Programy profilaktyczne realizowane przez lekarza i pielęgniarkę w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

Świadczenia w ramach programów udzielane są w godzinach działalności POZ, tj. od poniedziałku do piątku pomiędzy godz. 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

Program profilaktyki chorób układu krążenia

Celem realizacji programu jest obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem, poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania i natężenia czynników ryzyka.

Program adresowany jest w szczególności do osób obciążonych czynnikami ryzyka, będących w 35, 40, 45, 50 oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu (także u innych świadczeniodawców).

Świadczenia w ramach programu udzielane są bez skierowania, pacjentom znajdującym się na liście świadczeniobiorców lekarza POZ.

Program profilaktyki gruźlicy

Celem realizacji programu jest zmniejszenie wskaźnika zachorowalności i wskaźnika umieralności na gruźlicę oraz objęcie wczesną opieką świadczeniobiorców chorych na gruźlicę.

Adresatami programu są osoby dorosłe, nie posiadające w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, w tym w szczególności:

- osoby, które miały bezpośredni kontakt z chorymi na gruźlicę lub
- osoby, u których stwierdza się przynajmniej jedną z następujących okoliczności usposabiających: bezrobotny, niepełnosprawny, obciążony długotrwałą chorobą, obciążony problemem alkoholowymi/lub narkomania, bezdomny.

Świadczenia w ramach programu (raz na dwa lata) udzielane są bez skierowania, pacjentom znajdującym się na liście świadczeniobiorców pielęgniarstwa POZ. Zadaniem pielęgniarstwa jest dotarcie do osób szczególnie zagrożonych chorobą.

Programy profilaktyczne realizowane przez innych świadczeniodawców

Program profilaktyki raka szyjki macicy

Celem programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i wprowadzenie na terenie całego kraju jednolitego modelu postępowania diagnostycznego.

W programie mogą uczestniczyć:

- kobiety w wieku od 25 lat do 59 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia),
- pacjentki w wieku 25 – 59 lat leczone z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne).

Badanie w ramach Programu przeprowadzane jest raz na 3 lata.

Wykonanie procedury pobrania materiału do przesiewowego badania cytologicznego, realizowane jest we wszystkich poradniach ginekologiczno-położniczych posiadających umowę z NFZ.

Program profilaktyki raka piersi

Program skierowany jest do kobiet w wieku od 50 do 69 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia) spełniających jedno z poniższych kryteriów:

- nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy,
- otrzymały w ramach realizacji Programu w roku 2011 pisemne wskazanie do wykonania ponownego badania mammograficznego po upływie 12 miesięcy, z powodu obciążenia następującymi czynnikami ryzyka:
 - rak piersi wśród członków rodziny (u matki, siostry lub córki);
 - mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA 2.

Programem nie mogą być objęte kobiety, u których już wcześniej zdiagnozowano zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym w piersi. Kobiety, które odczuwają dolegliwości bólowe powinny zgłosić się do poradni onkologicznej lub ginekologicznej (nie obowiązują skierowania) albo do poradni chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej (obowiązują skierowania od lekarza POZ).

Program badań prenatalnych

Celem programu jest umożliwienie wczesnej identyfikacji ryzyka wad (testy biochemiczne) i wczesne rozpoznanie wad płodu (USG), zwiększenie dostępności do badań prenatalnych oraz wdrożenie systemu organizacyjnego badań prenatalnych w Polsce.

Do udziału w Programie wymagane jest skierowanie zawierające informacje o wskazaniach do objęcia programem wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu, wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę.

Do włączenia do programu uprawnione są kobiety cięży, spełniające co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- 1) wiek powyżej 35 lat,
- 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka,
- 3) stwierdzenie wystąpienia większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową,

- 4) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)

Celem programu jest zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odtytoniowe, w tym ograniczenie zachorowalności, inwalidztwa i umieralności z powodu POChP poprzez kompleksowe działania edukacyjno-diagnostyczne i terapeutyczne w grupach wysokiego ryzyka.

1. etap podstawowy:

Program adresowany jest 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 mies. (także u innych świadczeniodawców), u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy).

Świadczenia w ramach Programu udzielane są bez skierowania, bez względu na przynależność pacjentów do list innych lekarzy POZ.

Program realizowany jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie umów zawartych o udzielanie świadczeń w POZ.

Świadczenia w etapie podstawowym programu udzielane są świadczeniobiorcy na podstawie jego pisemnego oświadczenia, że w ciągu ostatnich 36 miesięcy nie miał on wykonanego badania spirometrycznego w ramach programu profilaktyki POChP (także u innych świadczeniodawców).

2. etap specjalistyczny:

Program adresowany jest do osób uzależnionych od palenia tytoniu skierowanych z etapu podstawowego programu realizowanego przez lekarza rodzinnego, lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania.

Pacjent może być objęty leczeniem w ramach Programu tylko raz.

8. OPIEKA NAD PACJENTEM CHORYM PRZEWLEKLE

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy i opiekuńczo-leczniczy

Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacją leczenia świadczeniobiorców przewlekle chorych i świadczeniobiorców, którzy przebyli leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego

a nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym, jednak ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitację, powinni przebywać w zakładzie opiekuńczym. Do zakładu może zostać przyjęty świadczeniobiorca, który w skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej. Powyższej skali nie stosuje się przy dokonywaniu oceny stanu zdrowia w przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia.

Kontynuacja leczenia oznacza dalsze postępowanie lecznicze, w tym również żywienie dojelitowe i pozajelitowe*, odpowiadające stanowi zdrowia świadczeniobiorcy, w tym podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych, niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym, według indywidualnej oceny lekarza zakładu opiekuńczego.

*Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w zakładach opiekuńczych dotyczy świadczeniobiorców, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną substancji odżywczych w ilości wystarczającej do utrzymania przy życiu, wymagają długotrwałego podawania substancji odżywczych w sposób inny niż doustny. Powinno być ono realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a w szczególności ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

Zakres świadczeń przysługujących pacjentowi określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 z późn. zm.).

Tryb kierowania oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w zakładach:

- **publicznych** – określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 roku w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. z 1998 r., Nr 166 poz. 1265) oraz Karta kwalifikacji pacjenta do udzielania świadczeń w ZOL/ZPO.
- **niepublicznych** – decyzję o przyjęciu do zakładu podejmuje dyrektor/kierownik zakładu w porozumieniu z lekarzem udzielającym świadczeń w tym zakładzie w oparciu o Kartę oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego oraz o w/w dokumentację.

Domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie

Domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie jest to opieka nad obłożnie chorymi z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania

inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheotomijną) bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy kaski) ciągłej lub okresowej terapii oddechowej. Ten rodzaj opieki przeznaczony jest dla pacjentów niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej, jednak wymagających stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, którzy wyrażą świadomą zgodę na ten typ leczenia. W przypadku dzieci wymagana jest zgoda opiekunów prawnych.

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

Zasady prowadzenia wentylacji w warunkach domowych:

- wyposażenie chorych w niezbędny sprzęt medyczny,
- stworzenie poczucia bezpieczeństwa chorym i ich najbliższym poprzez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24 h na dobę we wszystkie dni w tygodniu.

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

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

Pacjenci wentylowani mechanicznie w warunkach domowych nie mogą być jednocześnie objęci opieką paliatywną i hospicyjną.

Podstawą do objęcia opieką pacjenta wentylowanego mechanicznie w warunkach domowych jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Do skierowania należy dołączyć:

- kartę informacyjną z leczenia szpitalnego,
- wyniki badań świadczeniobiorcy,
- kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych, wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

Pielęgniarska opieka długoterminowa (domowa)

Pielęgniarska opieka długoterminowa jest to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Pacjenci objęci tą opieką nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego ale ze względu na istniejące problemy zdrowotne, wymagają systematycznej i intensywnej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych.

Cel pielęgniarstwa długoterminowego:

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

Do pielęgniarstwa długoterminowego domowego mogą być zakwalifikowani świadczeniobiorcy przewlekle chorzy somatycznie i psychosomatycznie oraz psychicznie chorzy z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej, niezdolni do samoopieki i samopielęgnacji, którzy w ocenie kartą oceny świadczeniobiorcy uzyskali od 0 do 40 punktów; w przypadku psychicznie chorych będących w ostrej fazie choroby, świadczenia zabezpieczone są zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146 z późn. zm.).

Podstawą objęcia chorego pielęgniarstwem długoterminowym jest:

- skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (na odpowiednim druku),
- Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia pielęgniarstwem długoterminowym domowym wystawiona przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego.

Pielęgniarka opieki długoterminowej zobowiązana jest do współpracy i informowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, do których pacjent złożył deklarację wyboru, o rozpoczęciu i zakończeniu udzielania świadczeń. Pielęgniarka informuje również o istotnych zmianach w stanie zdrowia pacjenta, w tym takich, które skutkują ustaniem przyczyn kwalifikujących pacjenta do pielęgniarstwa długoterminowego.

Świadczenia pielęgniarstwa wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji po godzinie 20 do 8 rano dnia następnego, zapewnia w ramach sprawowanej opieki świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej.

Ważne:

- pielęgniarka opieki długoterminowej nie może udzielać świadczeń chorym objętym opieką przez hospicjum domowe, przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych, przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów/dzieci

wentylowanych mechanicznie, chorym w ostrej fazie choroby psychicznej.

Opieka paliatywna/hospicyjna

Opieka paliatywna/hospicyjna jest wszechstronną, całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu zapobieganie i uśmierzenie bólu i innych objawów somatycznych.

Warunki objęcia chorego opieką paliatywną:

- skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- wskazania medyczne, w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1138 z późn. zm.).

Hospicjum domowe

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach hospicjum domowego udzielane są pacjentom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące schorzenia (m.in. choroby nowotworowe, następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego) wskazane w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z późn. zm.

Wizyta hospicjum domowego odbywa się po uzgodnieniu terminu z pacjentem lub rodziną/opiekunem.

W trakcie sprawowania opieki, podczas każdej wizyty chorzy i ich rodziny/opiekunowie otrzymują dokładne pisemne zalecenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego i leczniczego oraz są informowani o innych formach opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz o zasadach jej prowadzenia. Otrzymują także informację o numerach telefonów personelu hospicjum domowego gotowego do udzielenia porad telefonicznych w każdym dniu tygodnia i w razie potrzeby do złożenia wizyty w domu.

Hospicjum domowe dla dzieci

Hospicjum domowe przeznaczone jest dla dzieci cierpiące na nieuleczalne, postępujące schorzenia ograniczające życie (m.in. choroby nowotworowe, choroby metaboliczne, wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego), wskazane w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z późn. zm.

Kryteria przyjęcia dziecka do hospicjum domowego:

- schyłkowy okres choroby nieuleczalnej,
- wiek poniżej 18 lat,
- przynajmniej jeden stały opiekun, który może sprawować całodobową opiekę,

Osoby pełnoletnie mogą być objęte opieką paliatywną dla dzieci, jeżeli schorzenie ma charakter wrodzony lub choroba ograniczająca życie została zdiagnozowana przed ukończeniem przez tę osobę 18 lat lub gdy nie istnieje możliwość właściwej opieki ze strony hospicjów domowych dla dorosłych z uwagi na rzadki charakter schorzenia lub miejsce zamieszkania.

Oddział Medycyny Paliatywnej/Hospicjum stacjonarne

Oddział/hospicjum ma na celu zapewnienie całodobowej opieki medycznej w zakresie świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej pacjentom z cierpiącym na nieuleczalne, postępujące schorzenia. W ramach udzielanych świadczeń prowadzona jest również tzw. opieka wyręczająca tj. chorzy przyjmowani są na okres czasowy (nie dłużej niż 10 dni).

W oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym udzielane są świadczenia świadczeniobiorcom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące schorzenia wskazane w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Poradnia medycyny paliatywnej

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

Opieka sprawowana jest wobec chorych, którzy mogą przybyć do poradni lub, ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się, ale stabilny stan ogólny wymagają wizyt domowych. Wizyty domowe odbywają się 1-2 razy w tygodniu. Chorzy wymagający częstszych wizyt lub ciągłej, profesjonalnej opieki mogą być kierowani do hospicjum stacjonarnego.

9. PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Podstawą do uzyskania refundowanego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego jest zlecenie wystawione przez upoważnionego do wystawiania zleceń lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego. Każde zlecenie na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, przed realizacją podlega zaewidencjonowaniu oraz potwierdzeniu Oddział Funduszu, w którym

zarejestrowany jest pacjent. W tym celu, ubezpieczeni w Lubelskim Oddziale Wojewódzkim Funduszu powinni dostarczyć zlecenie, drogą pocztową, osobiście lub przez inną osobę w ich imieniu – z wyłączeniem świadczeniodawców i osób przez nich zatrudnionych oraz podwykonawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze oraz ich podwykonawców/ do jednego z punktów potwierdzania zleceń:

Lublin: Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ, 20 -124 Lublin, ul. Szkolna 16, tel. /81/ 5310608, 5310592

Biała Podlaska: Delegatura Lubelskiego OW NFZ, 21-500 Biała Podlaska, ul. Warszawska 12 c, tel. /83/ 3449326, 3449315,

Chełm: Delegatura Lubelskiego OW NFZ, 22-100 Chełm, ul. Ceramiczna 1 tel. /82/ 5622230, 5622231

Zamość: Delegatura Lubelskiego OW NFZ, 22-400 Zamość, ul. Partyzantów 3 tel. /84/ 6776422

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

Potwierdzenia odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, z wyłączeniem zaopatrzenia comiesięcznego, dokonuje pacjent lub w jego imieniu przedstawiciel ustawowy albo inna osoba na podstawie:

pisemnego upoważnienia wystawionego przez pacjenta lub

zaświadczenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego o stanie zdrowia pacjenta uniemożliwiający wystawienie przez niego upoważnienia.

Powyższego odbioru nie może dokonać świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze oraz jego podwykonawca.

Zlecenie na comiesięczne zaopatrzenie w środki pomocnicze (tj. pieluchomajtki, sprzęt stomijny, cewniki, worki do zbiórki moczu):

Osobom uprawnionym na podstawie „Części A” zlecenia wystawionego przez lekarza/ felczera na zaopatrzenie comiesięczne, Fundusz wydaje „Część B” tego zlecenia, która jest ważna maksymalnie 12 miesięcy. „Część B” zlecenia pozostaje u świadczeniodawcy przez okres jej ważności a następnie musi zostać dostarczona przez świadczeniobiorcę od Oddziału Funduszu, który ją wystawił i potwierdził.

Nie jest wymagane każdorazowe ewidencjonowanie zlecenia przed jego realizacją. Zlecenie na comiesięczne zaopatrzenie w środki pomocnicze traci ważność po upływie 30 dni (licząc od dnia następnego od daty wystawienia zlecenia). Ubezpieczony może być zaopatrzony jednorazowo w środki "comiesięczne", maksymalnie na okres 3 kolejnych miesięcy. W ostatnim miesiącu ważności „Części B” zlecenia, zlecający może wystawić zlecenie na zaopatrzenie w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie tylko na jeden miesiąc.

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

Realizacja zlecenia następuje u każdego Świadczeniodawcy mającego zawartą umowę z NFZ. Stosowna informacja znajduje się na stronach internetowych Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

Zlecenie na przedmioty ortopedyczne i pozostałe środki pomocnicze (niecykliczne):

Ponowne przyznanie zaopatrzenia może nastąpić po upływie okresu jego użytkowania, określonym w rozporządzeniu.¹⁰ Zlecenie traci ważność po upływie 30 dni (licząc od dnia następnego od daty wystawienia zlecenia). W przypadku braku w Oddziale Funduszu środków finansowych na pełne pokrycie w/w zaopatrzenia - bieg terminu 30 dni ulega zawieszeniu na czas oczekiwania w kolejce na potwierdzenie zlecenia. Ubezpieczony może zrealizować potwierdzone i zaewidencjonowane zlecenie u Świadczeniodawcy, posiadającego umowę z Funduszem.

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

- inwalidom wojennym i wojskowym,
- cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych,
- osobom represjonowanym,
- uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa
- weteranowi poszkodowanemu w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Zasady uzyskiwania i potwierdzania zleceń na naprawę

Zlecenie na wykonanie naprawy przedmiotu ortopedycznego (podlegającego refundacji) wystawia i potwierdza Oddział Funduszu, który zrefundował dany przedmiot ortopedyczny. Zlecenie można pobrać w Lubelskim Oddziale Wojewódzkim NFZ lub w Delegaturach Lubelskiego Oddziału (w Białej Podlaskiej, Chełmie, Zamościu). **Zlecenie na naprawę traci ważność po upływie 30 dni od dnia jego wystawienia.** Naprawy przedmiotów ortopedycznych są

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1141 z późn. zm.).

refundowane w okresie używalności tych przedmiotów, do momentu zaopatrzenia w nowy przedmiot ortopedyczny, do kwoty ustalonego limitu ceny naprawy.

Ważne:

- **Świadczeniodawca zobowiązany jest do wydania pacjentowi pisemnej instrukcji używania** wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego,
- **Świadczeniodawca wydaje pacjentowi pisemną gwarancję** producenta dotyczącą bezpłatnej naprawy lub wymiany przedmiotu ortopedycznego/ środka pomocniczego (z wyłączeniem środków pomocniczych przysługujących comiesięcznie). Okres gwarancji powinien być co najmniej równy połowie okresu użytkowania określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych,
- w przypadku gdy zlecenie jest wystawione nieprawidłowo (zawiera błędy formalne lub zostało wystawione niezgodnie z obowiązującymi przepisami) – Oddział Funduszu zwraca pacjentowi zlecenie bez potwierdzenia, informując o przyczynie jego nie potwierdzenia,
- w sytuacji gdy konieczne jest pilne zaopatrzenie pacjenta w przedmioty ortopedyczne/ środki pomocnicze dopuszcza się, aby Oddział Funduszu na terenie, którego przebywa pacjent pośredniczył z Oddziałem Funduszu, w którym pacjent jest zarejestrowany, w potwierdzeniu zlecenia przy pomocy faksu.

10. POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY

Pomoc doraźna

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

Alarmowy numer pogotowia ratunkowego: **999** lub numer alarmowy obowiązujący na terenie wszystkich krajów Unii Europejskiej **112**

Transport sanitarny

Decyzję o konieczności zapewnienia pacjentowi transportu sanitarnego podejmuje lekarz. Na podstawie oceny stanu zdrowia, lekarz stwierdza czy pacjentowi

przysługuje transport sanitarny i czy będzie on bezpłatny, częściowo lub całkowicie odpłatny dla ubezpieczonego.¹¹

Każdy świadczeniodawca, w ramach środków finansowych określonych w umowie, jest zobowiązany do zapewnienia usług transportu sanitarnego w przypadkach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, o ile nie zawarli oni odrębnej umowy w tym zakresie.

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

- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
- wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia,
- w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia.

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

- są zdolni do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagają przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Lekarz zlecający transport sanitarny uzgadnia termin transportu.

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

Patrz też „Transport sanitarny w POZ”.

¹¹ Zgodnie z zapisami: art. 41 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach (m.in. Dz. U. Nr 139, poz. 1139, 1142)

III. INFORMACJE DODATKOWE

1. NAGŁE ZACHOROWANIA

W stanach nagłych¹² świadczenia zdrowotne **są udzielane bez skierowania.**

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

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

Zakład opieki zdrowotnej, który nie posiada umowy z NFZ, ma prawo do wynagrodzenia jedynie za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentowi **w stanie nagłym**. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

2. KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH

Pacjent, który w dniu zgłoszenia nie może uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej, jest wpisywany na listę osób oczekujących:

- świadczeniodawca wpisując dane pacjenta na listę oczekujących oraz przekazując mu informację dotyczącą terminu – zobowiązuje się do udzielenia określonego świadczenia;
- na tę samą poradę czy zabieg pacjent nie może zapisać się do kilku kolejek jednocześnie – jedno skierowanie pozwala wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy;

¹² Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.) – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

- kolejności przyjęć pacjentów, z wyjątkiem świadczeniobiorców znajdujących się w stanie nagłym decydują następujące kryteria medyczne¹³:
 - „przypadek pilny” – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia;
 - „przypadek stabilny” gdy pacjent może oczekiwać na świadczenie zdrowotne;
- w przypadku pogorszenia stanu zdrowia, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia – pacjent informuje o tym fakcie świadczeniodawcę, w celu oceny wskazań medycznych do wcześniejszego udzielenia świadczenia.
- w razie braku możliwości zachowania wyznaczonego pacjentowi terminu udzielenia porady specjalistycznej lub przyjęcia do szpitala – zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany do poinformowania pacjenta o zmianie terminu udzielenia świadczenia i jej przyczynach w każdy możliwy sposób.

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

W Lubelskim OW NFZ informacje dotyczące czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej pod nazwą „WYKAZ KOLEJEK” są dostępne na stronie internetowej: www.nfz-lublin.pl w Wyszukiwarce „Wykaz kolejek”. Można je również uzyskać telefonicznie dzwoniąc pod numer Infolinii: strefa numeracyjna lubelska: 19488; pozostałe strefy numeracyjne: 81 19488.

3. LEKI I ICH REFUNDACJA

Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługują pacjentowi, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego ale posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z NFZ umowę upoważniającą do wystawiania recept na leki, środki

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).

spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, zgodnie z ustawą z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leku, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 oraz z 2012 r. poz. 95) zwanej dalej „ustawą o refundacji.”

Refundowane leki wydawane są bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością. Wykazy leków refundowanych oraz rodzaj odpłatności zawarte są w obwieszczeniach Ministra Zdrowia.

Refundacji podlegają również leki recepturowe sporządzone w aptece, spełniającej określone warunki.

Termin realizacji recept:

- nie może przekroczyć **30 dni** od daty jej wystawienia,
- nie może przekroczyć **7 dni** od daty jej wystawienia w przypadku recepty na **antybiotyki** oraz recepty wystawionej w ramach **pomocy doraźnej**,
- nie może przekroczyć **120 dni** od daty jej wystawienia w przypadku wystawienia recepty na leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzane z zagranicy dla pacjentów na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
- nie może przekroczyć **90 dni** od daty jej wystawienia w przypadku wystawienia recepty na preparaty immunologiczne wytwarzane dla indywidualnego pacjenta.

Ważne:

- w przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy o refundacji - lekarz jest obowiązany do odnotowania na recepcie, w sposób określonych w przepisach, odpłatności, jeżeli występuje w tych wykazach, w co najmniej dwóch odpłatnościach
- farmaceuta ma obowiązek poinformowania pacjenta o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na recepcie (**leku o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym**), którego cena detaliczna nie przekracza limitu finansowania ze środków publicznych oraz ceny detalicznej leku przepisanego na recepcie. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy lekarz dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty, wskazując na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku,
- leki recepturowe sporządzane są w aptece, w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od złożenia recepty przez pacjenta, a w przypadku recepty na

lek recepturowy zawierający środki odurzające lub oznaczonej "wydać natychmiast" - w ciągu 4 godzin,

- **prawo do korzystania poza kolejnością z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach mają:** Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci, żołnierze i pracownicy oraz weterani poszkodowani, w zakresie leczenia urazów nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
- **osoby posiadające szczególne uprawnienia** do zaopatrzenia w leki są zobowiązane do okazania dokumentu potwierdzającego uprawnienia (np. honorowi dawcy krwi – legitymacji „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, zasłużeni dawcy przeszczepu – legitymacji „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, inwalidzi wojenni – książki inwalidy wojennego, inwalidzi wojskowi – książeczki inwalidy wojskowego) lekarzowi wypisującemu receptę oraz osobie realizującej receptę w aptecce, która odnotowuje na odwrocie recepty numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

SZCZEGÓLNE UPRAWNIENIA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Prawo do bezpłatnych leków (na podstawie art. 43-47) mają:

1. Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu

Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” przysługuje bezpłatne, do wysokości limitu finansowania, o którym mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji**, zaopatrzenie w leki objęte wykazem:

- 1) o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji, w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust.1 pkt 1 lit. a tej ustawy,
- 2) leków, które świadczeniobiorca posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów - na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

**ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leku, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696) zwana dalej „ustawą o refundacji”

2. Inwalidzi wojenni, osoby represjonowane, cywilne niewidome ofiary działań wojennych, inne osoby,

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.

Inwalidzi wojskowi oraz inne osoby

Osobom:

- 1) które są inwalidami wojskowymi,
- 2) które uznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2010 r. Nr 101, poz. 648 i Nr 113, poz. 745 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów,
- 3) wymienionym w art. 42 i 59 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin
– przysługuje bezpłatne zaopatrzenie, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych zaopatrzenie w leki objęte wykazem o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit a ustawy o refundacji.

3. Żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową/żołnierze wykonujący zadania poza granicami kraju

Żołnierzom odbywającym zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniącym służbę kandydacką, służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny - o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, przysługuje bezpłatne do wysokości limitu finansowania, o którym mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji, zaopatrzenie w leki objęte wykazem, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy o refundacji oraz leki recepturowe.

Uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi przysługuje bezpłatne, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych, zaopatrzenie w leki objęte wykazem, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit a

ustawy o refundacji oraz leki recepturowe, na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Pacjentowi, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego ale posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z NFZ umowę upoważniającą do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom, przysługuje zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne.

Refundowane leki wydawane są bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością. Wykazy leków refundowanych oraz rodzaj odpłatności zawarte są w obwieszczeniach Ministra Zdrowia.

Refundacji podlegają również leki recepturowe sporządzone w aptece, spełniającej określone warunki.

Termin realizacji recept:

- nie może przekroczyć **30 dni** od daty jej wystawienia,
- nie może przekroczyć **7 dni** od daty jej wystawienia w przypadku recepty na **antybiotyki** oraz recepty wystawionej w ramach **pomocy doraźnej**,
- nie może przekroczyć **120 dni** od daty jej wystawienia w przypadku wystawienia recepty na leki i wyroby medyczne sprowadzane z zagranicy dla użytkowników indywidualnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
- nie może przekroczyć **90 dni** od daty jej wystawienia w przypadku wystawienia recepty na preparaty immunologiczne wytwarzane dla indywidualnego pacjenta.

Ważne:

- farmaceuta ma obowiązek poinformowania pacjenta o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na receptce (**leku o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym**), którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy lekarz dokonał na receptce adnotację „nie zamieniać” lub „NZ”, przy pozycji leku, którego dotyczy,
- leki recepturowe sporządzane są w aptece, w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od złożenia recepty przez pacjenta, a w przypadku recepty na lek recepturowy zawierający środki odurzające lub oznaczonej "wydać natychmiast" - w ciągu 4 godzin,

- **prawo do korzystania poza kolejnością z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach mają:** Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombataneci.
- **osoby posiadające szczególne uprawnienia** do zaopatrzenia w leki są zobowiązane do okazania dokumentu potwierdzającego uprawnienia (np. honorowi dawcy krwi – legitymacji „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, zasłużeni dawcy przeszczepu – legitymacji „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, inwalidzi wojenni – książki inwalidy wojennego, inwalidzi wojskowi – książeczki inwalidy wojskowego) lekarzowi wypisującemu receptę oraz osobie realizującej receptę w aptece, która odnotowuje na odwrocie recepty numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

SZCZEGÓLNE UPRAWNIENIA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu

Pacjentowi posiadającemu tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami:

- leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu
- leków, które może stosować w związku z oddawaniem krwi, szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów, przekazaniem narządu do przeszczepu.

2. Inwalidzi wojskowi/inne osoby uprawnione

Osobom:

- które są inwalidami wojskowymi,
- które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów,
- wymienionym w art. 42 i 59 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (tekst jednolity z 2010 r., Nr 101, poz. 648 z późn. zm.),

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

3. Inwalidzi wojenni/ cywilne niewidome ofiary działań wojennych

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 oznaczone symbolami „Rp” lub „Rpz”, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz w produkty lecznicze dopuszczone do obrotu, które uzyskały pozwolenie wydane przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską.

4. Żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową/ żołnierze wykonujący zadania poza granicami kraju

Żołnierzom odbywającym zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydatom na żołnierzy zawodowych, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki umieszczone w wykazach leków podstawowych i uzupełniających oraz leki recepturowe na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, po okazaniu lekarzowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia oraz osobie realizującej receptę w aptece, która odnotowuje na odwrocie recepty numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

4. DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną (zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.): pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

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

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:

- 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

- 4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- 5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- 6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- 7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
- 8) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.

Dokumentacja medyczna może być udostępniana także:

- szkole wyższej lub,
- jednostce badawczo-rozwojowej

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

Formy udostępniania dokumentacji medycznej:

- 1) do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii.

Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej :

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

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

Do historii choroby w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala dołącza się:

- oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
- oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
- dokumentację indywidualną zewnętrzną udostępnioną przez pacjenta, a w szczególności karty informacyjne, opinie, zaświadczenia, wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego. Powyższe oryginały dokumentów zwraca się (za pokwitowaniem) pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w dokumentacji szpitala.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia;

4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Maksymalna wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej (zgodnie z art.28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.):

1) jedna strona wyciągu lub odpisu - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (w I kw. 2012 r. maksymalna opłata - 6,83 zł);

2) jedna strona kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 (w I kw. 2012 r. maks. opłata - 0,68 zł);

3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 (w I kw. 2012 r. maksymalna opłata - 6,83 zł).

5. ZDROWIE W UNII EUROPEJSKIEJ

POBYT LUB ZAMIESZKANIE W PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UNII EUROPEJSKIEJ

Osoba wyjeżdżająca czasowo do innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej powinna uzyskać [Europejską Kartę ubezpieczenia Zdrowotnego](#). Jeżeli, z jakichkolwiek względów (np. zagubienie, kradzież karty), w czasie pobytu w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej osoba nie będzie posiadała Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego a jej stan zdrowia będzie wymagał udzielenia świadczeń niezbędnych ze wskazań medycznych, może ona wystąpić do NFZ o wystawienie jej Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Osoba wyjeżdżająca do innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej w celu skorzystania tam z planowanego leczenia powinna uzyskać [formularz E112/dokument przenośny S2](#).

Osoba ubezpieczona w ramach ubezpieczeń społecznych w ZUS oraz ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, która w czasie pobytu w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej w związku z wykonywaniem w tym państwie działalności zawodowej (pracy lub działalności na własny rachunek) uległa

wypadkowi przy pracy powinna uzyskać [formularz E123/dokument przenośny DA1](#).

Osoba ubezpieczona w NFZ a zamieszkała w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej powinna uzyskać [formularz E106, E109, E120, E121/dokument przenośny S1](#).

Pracownik przygraniczny, który przeszedł na emeryturę lub rentę inwalidzką, i który rozpoczął leczenie w państwie, w którym ostatnio wykonywał działalność zawodową, jako pracownik przygraniczny, a obecnie jest osobą ubezpieczoną w NFZ, w celu kontynuowania leczenia w tym państwie, powinien uzyskać [dokument przenośny S3](#).

POBYT LUB ZAMIESZKANIE W PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM EFTA (ISLANDIA, LIECHTENSTEIN, NORWEGIA, SZWAJCARIA)

Osoba wyjeżdżająca czasowo do innego państwa członkowskiego EFTA powinna uzyskać [Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego](#). Jeżeli, z jakichkolwiek względów (np. zagubienie, kradzież karty), w czasie pobytu w innym państwie członkowskim EFTA osoba nie będzie posiadała Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego a jej stan zdrowia będzie wymagał udzielenia świadczeń niezbędnych ze wskazań medycznych, może ona wystąpić do NFZ o wystawienie jej Certyfikatu Tymczasowo Zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Osoba wyjeżdżająca do innego państwa członkowskiego EFTA w celu skorzystania tam z planowanego leczenia powinna uzyskać [formularz E112](#)

Osoba ubezpieczona w ramach ubezpieczeń społecznych w ZUS oraz ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, która w czasie pobytu w innym państwie członkowskim EFTA w związku z wykonywaniem w tym państwie działalności zawodowej (pracy lub działalności na własny rachunek) uległa wypadkowi przy pracy powinna uzyskać [formularz E123](#)

Osoba ubezpieczona w NFZ a zamieszkała w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej powinna uzyskać [formularz E106](#), (osoby ubezpieczone), [formularz E109](#), [formularz E120](#) (osoba ubiegająca się o świadczenie emerytalne/rentowe), [formularz E121](#) (emeryt/rencista)

INFORMACJE O DOKUMENTACH PRZENOŚNYCH / FORMULARZACH SERII E-100

Dokument przenośny S2 / formularz E112

[Dokument S2](#) to dokument potwierdzający prawo do planowanego leczenia w państwie Unii Europejskiej, o ile jest to inne państwo niż państwo, w którym zainteresowany podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu. Natomiast formularz E112 potwierdza prawo do planowanego leczenia w państwie EFTA, o ile jest to inne

państwo niż państwo, w którym zainteresowany podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Dla polskich ubezpieczonych dokumenty te wydają oddziały wojewódzkie NFZ.

Dokument przenośny DA1 / formularz E123

[Dokument DA1](#) wydawany jest pracownikom oraz osobom prowadzącym działalność na własny rachunek, które uległy wypadkowi przy pracy w czasie pobytu w innym, niż państwo ubezpieczenia, państwie członkowskim Unii Europejskiej. [Formularz E123](#) wydawany jest pracownikom oraz osobom prowadzącym działalność na własny rachunek, które uległy wypadkowi przy pracy w czasie pobytu w innym, niż państwo ubezpieczenia, państwie członkowskim EFTA.

Dokumenty te wydawane są przez oddziały wojewódzkie NFZ i potwierdzają prawo do świadczeń związanych z leczeniem skutków wypadku przy pracy. Dokumenty te nie przysługują członkom rodziny pracownika albo osoby prowadzącej działalność na własny rachunek.

Dokument przenośny S1 oraz formularze E106, E109, E120 i E121

[Dokument S1](#), co do zasady przysługuje osobom, które w Polsce podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ a zamieszkują w jednym z państw członkowskich UE. Podobnie, wymienione formularze (E106, E109, E120, E121) przysługują osobom, które w Polsce podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ a zamieszkują w jednym z państw członkowskich EFTA.

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

- Białą Podlaska 21-500 ul. Warszawska 12 c; tel. (83) 3449300
- Chełm 22-100 ul. Ceramiczna 1 tel. (82) 5622200
- Zamość 22-400 ul. Partyzantów 3 tel. (84) 6776400

Informacje dotyczące procedury wystawiania EKUZ lub formularzy serii E 100/dokumentów przenośnych można uzyskać również telefonicznie dzwoniąc pod numer Infolinii: strefa numeracyjna lubelska: 19488; pozostałe strefy numeracyjne: 81 19488 lub (81) 5310598.

6. SKŁADANIE SKARG I WNIOSKÓW

Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatruje skargi dotyczące niewłaściwej realizacji umowy przez świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Skargi i wnioski mogą być zgłaszane do Wydziału Spraw Świadczeniobiorców Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Lublin:

- **osobiście**, ul. Koryznowej 2d, /Sekcja Skarg i Wniosków/, pok. 27, od poniedziałku do piątku, w godzinach 8.00 - 16.00,
- **pisemnie**, na adres: Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ, 20-124 Lublin, ul. Szkolna 16,
- **telefonicznie - zapytania** w sprawie skarg i wniosków, pod nr tel. (81) 5310650.

oraz w Delegaturach Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ:

Biała Podlaska:

- **osobiście**, ul. Warszawska 12 c, od poniedziałku do piątku, w godzinach 8.00 - 16.00,
- **pisemnie**, na adres: Delegatura Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Białej Podlaskiej, 21-500 Biała Podlaska, ul. Warszawska 12 c

telefonicznie- zapytania w sprawie skarg i wniosków, pod nr tel. (83) 3449326, 3449315.

Chełm:

- **osobiście**, ul. Ceramiczna 1, od poniedziałku do piątku, w godzinach 8.00 - 16.00,
- **pisemnie**, na adres: Delegatura Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Chełmie, 22-100 Chełm, ul. Ceramiczna 1,
- **telefonicznie- zapytania** w sprawie skarg i wniosków, pod nr tel.(82) 5622210

Zamość:

- **osobiście**, ul. Partyzantów 3 od poniedziałku do piątku, w godzinach 8.00 - 16.00,

- **pisemnie**, na adres: Delegatura Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Zamościu, 22-400 Zamość, ul. Partyzantów 3,
- **telefonicznie- zapytania** w sprawie skarg i wniosków, pod nr tel.(84) 6776406.

Tryb rozpatrywania skarg i wniosków

Rozpatrywanie skarg i wniosków w Oddziale odbywa się w oparciu o Zarządzenie Nr 31/2010/DSS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 roku z późn. zm. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia, a w szczególności § 7 i § 8 ww. zarządzenia:

1. Skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie lub za pomocą telefaksu, poczty elektronicznej oraz ustnie do protokołu.
2. W razie zgłoszenia skargi lub wniosku ustnie, przyjmujący zgłoszenie sporządza protokół, który podpisuje wnoszący skargę lub wniosek oraz przyjmujący zgłoszenie.
3. W protokole umieszcza się datę przyjęcia skargi lub wniosku, imię i nazwisko, adres osoby zgłaszającej oraz zwięzły opis treści sprawy. Wzór protokołu stanowi załącznik Nr 1 do zarządzenia.
4. Przyjmujący skargę lub wniosek potwierdza złożenie skargi lub wniosku, jeżeli tego żąda wnoszący.
5. W przypadku zgłoszenia skargi lub wniosku za pomocą poczty elektronicznej, które nie zostały opatrzone podpisem elektronicznym, pracownik komórki organizacyjnej, o której mowa w § 5 ust. 1, za pomocą poczty elektronicznej występuje odpowiednio do skarżącego lub wnioskodawcy potwierdzenie złożenia skargi lub wniosku pisemnie w terminie siedmiu dni. Termin do załatwienia skargi lub wniosku biegnie od dnia wpływu tego potwierdzenia do Funduszu.
6. Składanie skarg i wniosków poprzez Elektroniczną Skrzynkę Podawczą w ramach Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP) odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie dotyczącym korzystania z Elektronicznej Platformy.

§ 8.

1. Skargi i wnioski niezawierające imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu wnoszącego pozostawia się bez rozpoznania.
2. Jeżeli z treści skargi lub wniosku nie można należyście ustalić ich przedmiotu, wzywa się wnoszącego skargę lub wniosek do złożenia, w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnienia lub uzupełnienia, z pouczeniem, że nie usunięcie tych braków spowoduje pozostawienie skargi lub wniosku bez rozpoznania.

3. Wnoszący skargę lub wniosek może zastrzec nieujawnianie swego nazwiska i adresu. Zastrzeżenie takie jest dla Funduszu wiążące.

4. W przypadku, gdy jest to niezbędne do rozpatrzenia skargi lub wniosku, Fundusz występuje o ujawnienie nazwiska i adresu do wnoszącego skargę, o którym mowa w ust. 3.

5. Skarga lub wniosek mogą być składane w imieniu własnym lub innej osoby za jej pisemną zgodą.

W przypadku gdy skarga dotyczy niewłaściwego postępowania pracownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą, należy interweniować bezpośrednio u przełożonego (Kierownika lub Dyrektora Przychodni/Szpitala). Jest to najszybsza droga do wyjaśnienia sytuacji, będącej przedmiotem skargi.

Pacjent może także złożyć skargę do poniżej wymienionych instytucji:

- **Biuro Rzecznika Praw Pacjenta**, w zakresie nieprzestrzegania praw pacjenta, adres: 01-829 Warszawa, Al. Zjednoczenia 25, Infolinia, tel.: 800 190 590, z tel. kom. (22) 833 08 85, (22) 635 59 96;
- **Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Lubelskiej Izby Lekarskiej**, w zakresie naruszenia przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza i etyki zawodowej, adres: 20-079 Lublin, ul. Chmielna 4, tel. (81) 536 04 76;
- **Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych**, w zakresie naruszenia przepisów o wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej, adres: 20-124 Lublin, ul. Montażowa 16, tel. (81) 745 14 22, (81) 746 28 23;
- **Biuro Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych**, adres: 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, tel. (22) 860 70 86.

IV. WAŻNE TELEFONY/ ADRESY

Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Lublinie

20-124 Lublin, ul. Szkolna 16

Kancelaria tel. (81) 5310500 do 502, fax. 5310528

Sekretariat Dyrektora tel. (81) 5310504, fax. 5310529

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych tel. (81) 5310510, fax. 5310529

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych tel. (81) 5310510, fax. 5310529

Z-ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych tel. (81) 5310510, fax. 5310529

Sekcja Skarg i Wniosków tel. (81) 5310650;
20-137 Lublin, ul. Koryznowej 2d, pok. 27

Infolinia: strefa numeracyjna lubelska 19488,
pozostałe strefy numeracyjne 81 19488

Sekcja Lecznictwa Uzdrawiskowego

20-137 Lublin, ul. Koryznowej 2d

Tel./fax. (81) 7483657

Delegatury:

21-500 Biała Podlaska, ul. Warszawska 12c

Sekretariat tel. (83) 3449300, fax. 3449321

22-100 Chełm, ul. Ceramiczna 1

Sekretariat tel. (82) 5622200, fax. 5622201

22-400 Zamość, ul. Partyzantów 3

Sekretariat tel. (84) 6776400, fax. 6776421

Zapraszamy na naszą stronę internetową

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

e-mail: info@nfz-lublin.pl

Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala

ul. Grójecka 186; 02-390 Warszawa

Tel. (22) 572 60 00, fax. (22) 572 63 33

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

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15; 00-952 Warszawa

Tel. (22) 634 96 00 centrala telefoniczna – zgłasza się telefonistka

Tel. (22) 644 9 + numer wew. – telefon bezpośredni

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

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Aleja Zjednoczenia 25; 01-829 Warszawa,

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

Infolinia Rzecznika: tel. 0-800 190-590 (pn.- pt. w godz. 9.00 – 21.00)

e-mail: bpp.gov.pl