

ABC opieki zdrowotnej

**Informator Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia**



**Lublin
2014**

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	13
6. ZINTEGROWANY INFORMATOR PACJENTA-ZIP	14
II. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ	15
1. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA (POZ)	15
Opieka lekarska	17
Świadczenia pielęgniarki POZ	18
Opieka położnej POZ	19
Opieka pielęgniarki szkolnej	21
NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA w POZ	21
TRANSPORT SANITARNY w POZ	22
2. AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE	24
3. STOMATOLOGIA	26
4. LECZENIE SZPITALNE	28
5. REHABILITACJA LECZNICZA	31
6. LECZENIE UZDROWISKOWE	41
7. PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	43
Programy profilaktyczne realizowane przez lekarza i pielęgniarkę w POZ	45
Programy profilaktyczne realizowane przez innych świadczeniodawców	46
8. OPIEKA NAD PACJENTEM CHORYM PRZEWLEKLE	48
9. ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE	54
10. POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY	57
III. INFORMACJE DODATKOWE	58
1. NAGŁE ZACHOROWANIA	58
2. KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH	59
3. LEKI I ICH REFUNDACJA	60
4. DOKUMENTACJA MEDYCZNA	64
5. ZDROWIE W UNII EUROPEJSKIEJ	67
6. SKŁADANIE SKARG I WNIOSKÓW	71
IV. WAŻNE TELEFONY/ ADRESY	74

I. INFORMACJE OGÓLNE

1. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

- osoby objęte powszechnym obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, czyli zatrudnione, prowadzące działalność gospodarczą, emeryci, renciści, bezrobotni zarejestrowani w UP¹, rolnicy ubezpieczeni w KRUS itp.;
- osoby objęte dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;
- członkowie rodzin* wyżej wymienionych grup, którzy nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia;
- osoby pobierające stypendium² w okresie odbywania stażu lub przygotowania zawodowego;
- osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji tj. zamieszkujące lub przebywające na terenie Polski, a podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie członkowskim UE;
- osoby inne, niż ubezpieczone, posiadające obywatelstwo polskie, które nie ukończyły 18. roku życia;
- osoby inne, niż ubezpieczone, posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które są w okresie ciąży, porodu i połogu;
- osoby uprawnione do świadczeń na podstawie decyzji administracyjnej³ wydanej przez wójta (burmistrza lub prezydenta) gminy;
- osoby inne, niż ubezpieczone, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy - udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650 oraz z 2014 r. poz. 463), spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 182, ze zm.); dla których dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń

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

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

³ decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy uprawniająca do świadczeń zdrowotnych zgodnie z miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy wydana na okres 90 dni (art. 54 ustawy (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027).

zdrowotnych jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta), o której mowa w art. 54 ustawy o świadczeniach;

- osoby inne, niż wymienione powyżej, które nie ukończyły 18. roku życia, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy - udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- osoby inne, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy - udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach.

* 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;
- 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, następnie ponownie zgłoszony;
- wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.

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;
- pracowników przebywających na urlopie bezpłatnym;
- osoby zawierające 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 2006 r. 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 wizy, 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,
 - numer PESEL (jeśli został nadany),
 - dokument potwierdzający ostatni okres objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.
- **cudzoziemcy - studenci i uczestnicy studiów doktoranckich**
 - dokument tożsamości (paszport, kartę pobytu),
 - numer 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),
 - numer PESEL (jeśli został nadany),
 - dokument potwierdzający zamieszkanie,
 - zaświadczenie o przynależności do zgromadzenia zakonnego.
- **cudzoziemcy – odbywający staż adaptacyjny**

- dokument tożsamości (paszport, kartę pobytu),
- numer 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),
- numer 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, postulantów, 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 zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.

Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego Ubezpieczającego się i członków jego rodziny rozpoczyna się w dniu objęcia ubezpieczeniem i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia.

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, postulatów, 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,

Oplata 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).

3. POTWIERDZANIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ – eWUŚ, dokumenty potwierdzające uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej

Od 1 stycznia 2013 roku podmioty wykonujące działalność leczniczą (zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2012 r., poz. 1016) potwierdzają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej za pomocą systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ).

W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w systemie eWUŚ, świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu potwierdzającego tożsamość może przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, które winno zawierać klauzulę następującej treści: *"Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych"* (druki oświadczeń powinni posiadać świadczeniodawcy).

W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia (pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń):

- w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej;
- w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej
- jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym.

Dokumenty potwierdzające uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej

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

dla osoby zatrudnionej na umowę o pracę:

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

dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:

- aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;

dla osoby ubezpieczonej w KRUS:

- zaświadczenie lub legitymacja 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 pieczętą 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 uprawnionej do świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych:

- Karta Polaka⁴;

dla osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji:

⁴ 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.).

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

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 ponadgimnazjalną:

prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów;

która ukończyła szkołę wyższą:

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

której zawieszono prawa do renty socjalnej⁵:

90 dni od ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

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

6. ZIP-ZINTEGROWANY INFORMATOR PACJENTA

Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP) - ogólnopolski serwis, który udostępnia zarejestrowanym w nim użytkownikom ważne informacje o udzielanych im świadczeniach i ich kosztach sfinansowanych przez NFZ od 2008r. Dane w systemie są systematycznie aktualizowane i każdy użytkownik ma stały dostęp do swojego konta na stronie internetowej zip.nfz.gov.pl.

Jakie informacje znajdują się w ZIP?

- gdzie się leczylimy i ile zapłacił za to NFZ od 2008 roku;
- czy NFZ potwierdza prawo do świadczeń w systemie eWUŚ;
- gdzie i kiedy wykupiliśmy refundowaną receptę i ile NFZ dopłacił do leku;
- gdzie złożyliśmy deklaracje do lekarza POZ;
- kiedy otrzymaliśmy refundowane przedmioty ortopedyczne: np. wózek, protezę, aparat słuchowy;
- gdzie się leczyć bezpłatnie;
- na jakim etapie realizacji jest złożony w NFZ wniosek do sanatorium oraz kiedy i gdzie korzystaliśmy z leczenia uzdrowiskowego.

Kto może mieć konto w ZIP?

- konto może założyć dla siebie każda pełnoletnia osoba;
- osoby w wieku od 16 -18 r. z mogą mieć założone indywidualne konto w ZIP oraz wydane dane dostępowe po okazaniu dowodu osobistego lub paszportu;
- w imieniu małoletniego wniosek o konto może złożyć osoba, zgłaszająca go do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu członka rodziny.

Jak uzyskać dostęp do ZIP?

Żeby mieć dostęp do informacji o swoim leczeniu, danych medycznych i finansowaniu udzielonych świadczeń zapoznaj się z zasadami korzystania z ZIP (<https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/app/zip-zasady-korzystania.pdf>), a następnie wejdź na stronę rejestracji (<https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/reg/regadd@default+start>) i wypełnij zamieszczony formularz. Po wypełnieniu wniosku udaj się z dowodem osobistym albo paszportem do oddziału NFZ w celu uzyskania danych dostępowych (identyfikator użytkownika oraz tymczasowe hasło). Po ich otrzymaniu możesz zacząć korzystać z serwisu. Zarówno rejestracja jak i korzystanie z serwisu są bezpłatne.

Ważne! Żeby korzystać z serwisu nie wystarczy rejestracja na stronie internetowej. Informacje o Tobie udostępniane w Informatorze są tak zwanymi "danymi wrażliwymi" i zgodnie z zasadami ochrony danych osobowych oraz wytycznymi GIODO, **podlegają szczególnej ochronie**. Dlatego wymagana jest Twoja osobista wizyta w siedzibie Funduszu. Dane dostępowe użytkownik odbiera w OW NFZ po okazaniu dokumentu tożsamości i potwierdzeniu jego tożsamości przez pracownika Oddziału.

Pamiętaj! Nigdy nie udostępniaj swoich danych służących do logowania w ZIP!

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 całonocowo w soboty, niedziele i święta pacjenci mają zapewnione świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Opieka lekarska

Każdy ubezpieczony **ma prawo wolnego wyboru** świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, dokonując

jednocześnie wyboru lekarza/pielęgniarki lub położnej POZ – u tego samego świadczeniodawcy albo u różnych świadczeniodawców.

Wyboru dokonuje się poprzez złożenie "deklaracji wyboru" (druki deklaracji posiadają przychodnie).

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 trzy 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 zdrowotnych⁶ wykonywanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Świadczenia w zakresie profilaktyki:

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

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

- 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,
- kieruje do: lekarzy specjalistów, do oddziałów lecznictwa stacjonarnego, do zakładów opieki długoterminowej, pielęgniarstwa długoterminowej opieki domowej, leczenia uzdrowiskowego,

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

- 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 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, porodu, noworodkiem i niemowlęciem do drugiego miesiąca życia, kobietą ze schorzeniami ginekologicznymi,
- przygotowanie kobiety do samoopieki i samopielęgnacji,

5. Świadczenia rehabilitacyjne:

- ćwiczenia usprawniające w ciąży, porodu i schorzeniach ginekologicznych,

- wykonywanie drenażu ułożeniowego u kobiety,
- prowadzenie gimnastyki oddechowej, relaksacyjnej, przygotowującej do porodu oraz położu.

Opieka pielęgniarki 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:

- pielęgniarka szkolna udziela pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruć,
- pielęgniarka szkolna nie zapewnia opieki pielęgniarskiej przez cały czas trwania zajęć lekcyjnych w szkole.

NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego.

Pomoc świadczona jest w punktach nocnej opieki i nie jest związana z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do którego jesteśmy zapisani. **Ubezpieczeni w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia mogą korzystać z pomocy dowolnego punktu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.** Informację o tym, gdzie w danym rejonie sprawowana jest nocna i świąteczna opieka zdrowotna, pacjent może uzyskać u swojego lekarza POZ, we właściwym oddziale wojewódzkim NFZ lub jego delegaturze lub na stronie internetowej www.nfz-lublin.pl.

Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej realizowane są przez lekarza i pielęgniarkę, poprzez:

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

Ważne:

- Świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej 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.

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 (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 stacjonarnym;
- 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 miejsca zamieszkania,
- 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 z 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.,

- dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- dla dzieci w zakresie leczenia chorób wrodzonych, które stwierdzono w wyniku badań przesiewowych.

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

Ważne:

- **w przypadku braku możliwości uzyskania porady w dniu zgłoszenia**, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia listy osób oczekujących i wyznaczenia terminu przyjęcia (kryteria umieszczania pacjentów na liście reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia⁷, więcej nt. list oczekujących w rozdziale „Kolejki oczekujących”),
- **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 oraz weterani poszkodowani, 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, pielęgniarkę lub położną ubezpieczenia zdrowotnego;
- **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

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

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 uzdrowiskowe, rehabilitację leczniczą,
- orzekanie o stanie zdrowia w zakresie określonym w ustawie,
- niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych,
- wykonywanie badań profilaktycznych.

3. STOMATOLOGIA

Świadczenia stomatologiczne przysługują pacjentowi bez skierowania. Pacjent ma prawo do bezpłatnych gwarantowanych świadczeń stomatologicznych⁸.

Ważne:

- **pacjent zgłaszający się z bólem** powinien otrzymać pomoc w dniu zgłoszenia,
- w przypadku konieczności usunięcia zęba pacjentowi przysługuje bezpłatnie znieczulenie miejscowe oraz zabieg chirurgiczny.
- raz w roku kalendarzowym można bezpłatnie usunąć kamień nazębny.
- **pacjentowi przysługuje** uzupełnienie braków zębowych (refundowane w przypadku 5 i więcej brakujących zębów w jednej szczęce) **oraz zaopatrzenie bezzębnej szczęki** z zastosowaniem ruchomych częściowych i całkowitych protez akrylowych raz na 5 lat. Naprawa protez lub/i podścielenie protez przysługuje raz na 2 lata. Początkiem

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2013 r., poz. 1462).

okresu, który podlega weryfikacji w zakresie uprawnień do wykonania oraz naprawy protez zębowych jest 1 styczeń 2011 roku.

- **dziecku do ukończenia 12 roku życia** przysługuje **leczenie ortodontyczne wad zgryzu z zastosowaniem aparatu ortodontycznego do zdejmowania** jedno- i dwuszczękowego (nie przysługuje wykonanie aparatu ortodontycznego w przypadku nieprawidłowego użytkowania, zniszczenia go lub utraty) **oraz**
- **bezpłatna kontrola i naprawa aparatu** (raz w roku kalendarzowym) 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 oraz wizyty związane z tym rodzajem leczenia nie są finansowane przez Fundusz,**
- pacjentom dorosłym przysługuje bezpłatnie wypełnienie ubytków w zębach z użyciem materiałów wymienionych w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia czyli materiałem kompozytowym chemoutwardzalnym w zębach przednich i amalgamatem w zębach bocznych oraz leczenie kanałowe w zębach przednich.
- świadczenia inne niż wymienione w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia jako gwarantowane lub udzielone przy użyciu materiałów innych 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, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługują kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień, znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń gwarantowanych.

Osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym, które ukończyły 18. rok życia, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługują znieczulanie ogólne i 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 – dokument stwierdzający tożsamość lub skrócony odpis aktu urodzenia,

- kobiety w ciąży – karta przebiegu ciąży i dokument stwierdzający tożsamość,
- kobiety w okresie połogu – skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i dokument stwierdzający tożsamość.

Wykaz Świadczeniodawców Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ udzielających świadczeń zdrowotnych w 2014 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 świąteczne	7.00-19.00
2	Niepubliczny Stomatologiczny ZOZ	Janów Lubelski ul. Kilińskiego 3/1	(15) 8723050	soboty, niedziele i dni świąteczne	7.00- 19.00
3	NZOZ Przychodnia Specjalistyczna „Hipoteczna 4”	Lublin, ul. Hipoteczna 4	(81) 5326180 (81) 5326181	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 świąteczne	7.00 – 19.00
6	Wielospecjalistyczne Centrum Stomatologiczne	Zamość ul. Kilińskiego 4	(84) 6775149	soboty, niedziele oraz dni świąteczne	7.00 – 19.00
7	Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Stomatologiczna	Łuków ul. A. Struga 9	(25) 7983799	soboty, niedziele oraz dni świąteczne	7.00-19.00
8	NZOZ „Salus” Przychodnia Stomatologiczna	Chełm ul. Piłsudskiego 11B	(82) 5630332	Soboty, niedziele oraz dni świąteczne	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 oraz uprawnieni żołnierze i pracownicy 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.

5. REHABILITACJA LECZNICZA

Czas ważności skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne 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 leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, z dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu
- b) rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
- c) rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy,
- d) rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku,
- e) rehabilitacja kardiologiczna,
- f) rehabilitacja pulmonologiczna.

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, światolecznictwo (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 (procedur) 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, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii ogólnej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarzem ze specjalizacją I stopnia w zakresie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii lub rehabilitacji narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub lekarzem w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w przypadku skierowań dla dzieci odpowiednio lekarz specjalistów dziecięcych).

W skierowaniu na cykl fizjoterapii ambulatoryjnej 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 rodzaj zleczanych zabiegów wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) oraz liczbę poszczególnych zabiegów w cyklu, zgodnych z nazewnictwem zawartym w *Katalogu zabiegów fizjoterapeutycznych* i parametry zabiegu oraz choroby przebyte i współistniejące, w tym informację dotyczącą np. wszczepionego rozrusznika lub metalu w ciele pacjenta mogących mieć istotny wpływ na proces rehabilitacji.

Gabinet, zakład rehabilitacji lub fizjoterapii jest czynny co najmniej 5 dni w tyg., nie krócej niż:

5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13.00 do 18.00.

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,
- medycyny fizykalnej lub fizjoterapii, balneoklimatologii, balneologii,
- reumatologii,
- neurologii,
- neurochirurgii,
- chirurgii ogólnej, ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej,
- ortopedii i traumatologii lub lekarz w trakcie specjalizacji ww. dziedzin medycyny.

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 dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu,
- 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 od dnia operacji,
- stanami po urazach, amputacjach kończyn dolnych, do 6 miesięcy od dnia urazu lub amputacji oraz
- osobom w stanie wegetatywnym/apalicznym.

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

Częstotliwość, długość cyklu terapeutycznego, liczbę zabiegów (do 5 zabiegów/procedur 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,
- neurologicznego,
- reumatologicznego,
- chorób wewnętrznych,
- onkologicznego,
- urologicznego,
- pediatrii,
- endokrynologii dziecięcej,
- diabetologii dziecięcej,
- ginekologicznego,

- rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, pulmonologicznej, kardiologicznej

oraz lekarze poradni:

- rehabilitacyjnej,
- urazowo-ortopedycznej,
- neurologicznej,
- reumatologicznej,
- poradni wad postawy,
- endokrynologii dziecięcej,
- diabetologii dziecięcej, lub
- lekarz POZ, w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych.

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

Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego wynosi od 15 do 30 dni zabiegowych u każdego świadczeniobiorcy, średnio 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie. Ośrodek lub oddział dzienny jest czynny nie mniej niż 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 8 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 10.00 do 18.00.

Czas trwania rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym wynosi do 40 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.

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 mózgowie, 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,
- endokrynologii dziecięcej,
- diabetologii dziecięcej lub
- lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

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

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,
- audiologicznej,
- foniatrycznej,
- neurologicznej,
- rehabilitacyjnej.

Czas trwania rehabilitacji słuchu i mowy w ośrodku/oddziale dziennym wynosi do 120 dni zabiegowych 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 od rozpoczęcia 20. roku życia.

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,
- rehabilitacyjnej.

Czas trwania rehabilitacji wzroku w ośrodku lub oddziale dziennym wynosi do 120 dni zabiegowych 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,
- oddziału kardiochirurgii,
- oddziału chorób wewnętrznych,
- poradni kardiologicznej,
- poradni rehabilitacyjnej.

Czas rehabilitacji kardiologicznej ustalany jest indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego i wynosi nie więcej niż 24 dni zabiegowe w okresie 90 dni kalendarzowych.

IV. Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych:

a) rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych - całodobowe świadczenia udzielane pacjentom wymagającym kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz co najmniej całodobowego nadzoru pielęgniarskiego. 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.
- pediatrycznych,
- kardiologicznych,
- geriatrycznych

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, w dniu przyjęcia na oddział.

Czas trwania rehabilitacji wynosi do 6 tygodni, średnio 5 rodzajów zabiegów dziennie u każdego pacjenta.

Usprawnianie winno być prowadzone przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed- i popołudniowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego pacjenta;

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 tym 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, chorób wewnętrznych, pediatrii po przeprowadzeniu konsultacji neurologicznej 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, chorób zakaźnych, pediatrii lub
- przyjęcie ze skierowaniem z poradni specjalistycznej: neurologicznej, neonatologicznej, neurochirurgicznej, pediatrii, 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,
- przewlekłe śródmiąższowe choroby płuc z zaburzeniami wentylacji,
- astma oskrzelowa po zaostrzeniach,
- rozstrzenie oskrzeli,
- 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,
- gruźlicy i chorób płuc,
- chirurgii klatki piersiowej,
- kardiologii,
- laryngologii,
- chorób wewnętrznych,
- alergologii,
- onkologii,
- pediatrii – w przypadku rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego oraz

Skierowanie do oddziału rehabilitacji pulmonologicznej wystawia lekarz poradni:

- gruźlicy i chorób płuc,
- rehabilitacyjnej,
- alergologicznej,
- chirurgii klatki piersiowej.

Czas trwania rehabilitacji **pulmonologicznej dla jednego pacjenta** wynosi do 3 tygodni.

Usprawnianie winno być prowadzone przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed- i popołudniowych, średnio 5 zabiegów dziennie dla każdego pacjenta

d) rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych udzielana jest w warunkach oddziału szpitalnego,

pacjentom, których stan zdrowia wymaga całodobowego nadzoru medycznego.

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

- oddziału kardiologicznego, kardiochirurgicznego, chorób wewnętrznych, pediatrycznego;
- poradni kardiologicznej lub poradni rehabilitacyjnej.

Usprawnianie winno być prowadzone przez 6 dni w tygodniu.

O długości leczenia decyduje ocena ciężkości stanu klinicznego pacjenta, do 5 tygodni bez przerwy

Dotyczy wszystkich zakresów rehabilitacji leczniczej:

W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji we wszystkich zakresach może zostać przedłużony decyzją lekarza zlecającego zabiegi, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 – uzdrowskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowskowym

- uzdrowskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowskowym

Od 6 do 18 dni - uzdrowskowe 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 uzdrowskowego, 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 uzdrowskowe 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:

- nie ma wymogu, aby świadczeniobiorca osobiście doręczał skierowanie – nie ma to wpływu na skrócenie czasu oczekiwania;
- w przypadku osób dorosłych zalecana częstotliwość korzystania z ambulatoryjnego i sanatoryjnego leczenia uzdrowskowego oraz rehabilitacji w sanatorium uzdrowskowym - nie częściej niż raz na 18 miesięcy,
- w przypadku braku miejsc w odpowiednich zakładach lecznictwa uzdrowskowego, 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 uzdrowskowe (wystarczy jedynie podać numer skierowania),
- skierowanie wraz z wynikami badań dodatkowych podlega weryfikacji co 18 miesięcy, licząc od dnia jego 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 uzdrowskim 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 uzdrowskim,
- NFZ nie organizuje i nie pokrywa kosztów podróży na leczenie uzdrowskie i z powrotem,
- leczenie uzdrowskie 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 uzdrowskiego,
- NFZ nie gwarantuje wspólnego wyjazdu małżonkom (w tym samym terminie i do tego samego uzdrowska). Powyższe dotyczy również osób chcących wyjechać wspólnie na leczenie uzdrowskie,
- 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 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowskiego (Dz. U. z 2013 r., poz. 931 z późn. zm.).

Odpłatność za 1 dzień pobytu w sanatorium uzdrowskim przedstawia się następująco:

Cena za 1 dzień pobytu w pokoju z wyżywieniem	I sezon rozliczeniowy (w złotych)	II sezon rozliczeniowy (w złotych)
Pokój 1 os. z pełnym węzłem	28,80	36,10

higieniczno-sanitarnym		
Pokój 1 os. w studio	23,00	33,00
Pokój 1 os. bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	22,00	29,30
Pokój 2 os. z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym	17,30	24,10
Pokój 2 os. w studio	14,60	22,00
Pokój 2 os. bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego	12,50	17,30
Pokój wieloosobowy z pełnym węzłem sanitarnym	11,00	13,10
Pokój wieloosobowy studio	10,50	12,00
Pokój wieloosobowy bez pełnego węzła	9,40	10,50

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 narkomanią, bezdomny.

Świadczenia w ramach programu (raz na dwa lata) udzielane są bez skierowania, pacjentom znajdującym się na liście świadczeniobiorców pielęgniarki POZ. Zadaniem pielęgniarki 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).

Badanie w ramach Programu przeprowadzane jest raz na 3 lata.

U kobiet obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV - typem wysokiego ryzyka) badania w ramach programu przysługują co 12 miesięcy.

Pacjentki leczone z powodu nowotworu złośliwego szyjki macicy mogą ponownie uczestniczyć w programie i zostaną objęte skryningiem cytologicznym po zakończeniu kontroli onkologicznej - decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne.

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

Nie jest wymagane skierowanie.

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 profilaktyki raka piersi w poprzednim roku 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.

Nie jest wymagane skierowanie.

Kryterium wykluczające:

Programem nie mogą być objęte kobiety, u których już wcześniej zdiagnozowano zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym w piersi.

Miejsce wykonania: pracownie mammograficzne wyłonione w konkursie ofert.

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 w Polsce oraz wdrożenie systemu organizacyjnego badań prenatalnych w naszym kraju.

W celu włączenia do programu, 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.

- wiek matki od ukończenia 35 lat (badanie przysługuje kobiecie w danym roku kalendarzowym, w którym kończy 35 lat);

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

Miejsce wykonywania: świadczeniodawcy wyłonieni w drodze konkursu ofert.

PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODTYTONIOWYCH (W TYM POCHP) - PALENIE JEST ULECZALNE

Celem programu jest zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odtyniowe, poprawa świadomości w zakresie szkodliwości palenia oraz metod zapobiegania i leczenia uzależnienia od tytoniu oraz poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia uzależnienia od tytoniu w szczególności dla osób obciążonych chorobami układu krążenia, układu oddechowego i nowotworowymi a w konsekwencji zmniejszenie kosztów leczenia chorób odtyniowych.

Etap podstawowy

Adresowany jest do osób powyżej 18 roku życia palących papierosy, w tym w zakresie poradnictwa antytytoniowego z diagnostyką i profilaktyką POCHP- do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40 a 65 rokiem życia, którzy nie mieli wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POCHP w ciągu ostatnich 36 miesięcy (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.

Miejsce wykonania: świadczeniodawcy wyłonieni w drodze konkursu ofert.

Etap specjalistyczny

Adresowany jest do osób powyżej 18 roku życia uzależnionych od palenia tytoniu skierowanych z etapu podstawowego programu realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania.

Pacjent może być objęty leczeniem w ramach etapu specjalistycznego programu tylko raz.

Miejsce wykonywania: świadczeniodawcy wyłonieni w drodze konkursu ofert.

8. OPIEKA NAD PACJENTEM CHORYM PRZEWLEKLE

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy i opiekuńczo-leczniczy

Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacją leczenia świadczenioborców przewlekłe chorych i świadczenioborców, 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 świadczenioborca, 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 świadczenioborcy, 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.

Kwalifikacja świadczenioborcy do żywienia:

- 1) dojelitowego odbywa się w szpitalu lub w poradni prowadzącej leczenie żywieniowe;
- 2) pozajelitowego odbywa się w szpitalu.

*Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w zakładach opiekuńczych dotyczy świadczenioborców, 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 przy użyciu kompletnej diety przemysłowej. 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 22 listopada 2013 r. r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1480).

Tryb kierowania do zakładów opiekuńczych określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. 2012. poz. 731) oraz na podstawie wyników oceny Kartą oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego.

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 hełmy) 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 pielęgnacji i 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 oraz świadczeniami w zakresie pielęgniarstwa długoterminowego.

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:
 - a) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydaną przez specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy,
 - b) w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej – wydaną przez specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza specjalistę chorób płuc zatrudnionego w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy.

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 lecznictwa stacjonarnego, ale ze względu na istniejące problemy zdrowotne, wymagają systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych.

Cel pielęgniarskiej opieki długoterminowej:

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

Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej 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 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r., poz. 1386).

Podstawą objęcia chorego pielęgniarską opieką długoterminową jest:

- skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (na odpowiednim druku),

- Karta oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową 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 deklaracje 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 pielęgniarstwskiej opieki długoterminowej.

Świadczenia pielęgniarstwskie 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 uśmierzanie 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 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1347).

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 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

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.

Ważne:

Świadczeniobiorcom korzystającym ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dorosłych **nie przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane w warunkach domowych oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach domowych.**

Hospicjum domowe dla dzieci

Hospicjum domowe przeznaczone jest dla dzieci cierpiących 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 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

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, a osoba korzystała ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia lub gdy nie istnieje możliwość właściwej opieki ze strony hospicjów domowych dla dorosłych z uwagi na rzadki charakter schorzenia lub miejsce zamieszkania.

Ważne:

Świadczeniobiorcom korzystającym ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia **nie przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane w warunkach domowych oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach domowych.**

Oddział Medycyny Paliatywnej/Hospicjum stacjonarne

Oddział/hospicjum ma na celu zapewnienie całodobowej opieki medycznej w zakresie świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej pacjentom 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 października 2013 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 pielęgniarzkich 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. ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE

Podstawą do uzyskania refundowanego wyrobu medycznego jest zlecenie wystawione przez upoważnionego do wystawiania zleceń lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego bądź pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego.

Każde zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, 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 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 wyrobu medycznego, z wyłączeniem zaopatrzenia w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie, 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 uniemożliwiających wystawienie przez niego upoważnienia.

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

Zlecenie na comiesięczne zaopatrzenie (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 do 12 miesięcy. Nie jest wymagane każdorazowe ewidencjonowanie zlecenia przed jego realizacją. Ubezpieczony może być zaopatrzonej jednorazowo w środki "comiesięczne", maksymalnie na okres 3 kolejnych miesięcy, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.

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

Zlecenie na wyroby medyczne (niecykliczne):

Ponowne przyznanie zaopatrzenia może nastąpić po upływie okresu jego użytkowania, określonym w rozporządzeniu.⁹ W przypadku braku w środków finansowych na realizację świadczeń Oddział Funduszu tworzy ewidencję zleceń oczekujących na potwierdzenie.

Prawo do nabycia bezpłatnych (do wysokości limitu) wyrobów medycznych, na podstawie zlecenia, 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).

Ważne:

- **świadczeniodawca zobowiązany jest do wydania pacjentowi pisemnej instrukcji używania** wyrobu medycznego **świadczeniodawca wydaje pacjentowi pisemną gwarancję** wytwórcy dotyczącej bezpłatnej naprawy lub wymiany wyrobu medycznego (z wyłączeniem wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie). Okres gwarancji powinien być co najmniej równy połowie okresu użytkowania określonego w rozporządzeniu MZ
- 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,

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2013 r., poz. 1565)

- w sytuacji gdy konieczne jest pilne zaopatrzenie pacjenta w wyroby medyczne 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 dorażna

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.¹⁰

Każdy świadczeniodawca, w ramach środków finansowych określonych w umowie, jest zobowiązany do zapewnienia usług transportu sanitarnego w

¹⁰ 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

przypadkach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, o ile nie zawarli oni odrębnej umowy w tym zakresie.

1. Pacjentowi, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego **przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego**, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem w przypadkach:

- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym,
- 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”.

III. INFORMACJE DODATKOWE

1. NAGŁE ZACHOROWANIA

W stanach nagłych¹¹ świadczenia zdrowotne **są udzielane bez skierowania**.

¹¹ 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

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;
- kolejności przyjęć pacjentów, z wyjątkiem świadczeniobiorców znajdujących się w stanie nagłym decydują następujące kryteria medyczne¹²:

„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;

funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

¹² 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).

„przypadek stabilny” gdy pacjent może oczekiwać na świadczenie zdrowotne;

- w przypadku pogorszenia stanu zdrowia, wskazującego 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 – podmiot leczniczy 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.

Ważne:

Prawo do świadczeń poza kolejnością w dniu zgłoszenia mają:

- Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi;
- Zasłużeni Dawcy Przeszczepu;
- inwalidzi wojenni i wojskowi;
- kombatanci oraz niektóre osoby represjonowane będące ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, o których mowa w art. 1-4 ustawy *o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego* Dz. U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371 z późn. zm.);
- uprawnieni żołnierze lub pracownicy oraz weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Od dnia 18 maja 2014 r. zmieniają się zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom posiadającym szczególne uprawnienia. W szczególności świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczenia szpitalne powinny być udzielone tym osobom **w dniu zgłoszenia**.

Jeżeli udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie będzie możliwe, powinno ono zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących. W przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej świadczenie powinno zostać udzielone nie później niż **w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.**

3. LEKI I ICH REFUNDACJA

Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługują pacjentowi, na podstawie recepty wystawionej przez:

- a) lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- b) lekarza, z którym Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych,
- c) lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu, a z którym Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept

refundowanych, 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 z późn. zm.) 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 daty jej wystawienia w przypadku recepty na antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego,
- 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 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 wpisuje na receptę w sposób określony w odrębnych przepisach odpłatność leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, brak oznaczenia

odpłatności leku oznacza realizację recepty za najwyższą odpłatnością wynikającą z tych wykazów,

- farmaceuta ma obowiązek poinformowania pacjenta o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na recepcie (leku o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych 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 "nie zamieniać" na druku recepty,

- 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 oznaczenia "wydać natychmiast" - w ciągu 4 godzin,

- odmowa wydania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego może nastąpić, jeżeli:

- zachodzi uzasadnione podejrzenie co do autentyczności recepty lub zapotrzebowania;

- od dnia sporządzenia leku upłynęło co najmniej 6 dni – w przypadku leku recepturowanego lub leku sporządzanego na podstawie etykiety aptecznej;

- osoba, która przedstawiła receptę do realizacji nie ukończyła 13 roku życia;

- zachodzi uzasadnione podejrzenie co do wieku osoby, dla której została wystawiona recepta;

- **prawo do korzystania poza kolejnością z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach mają:** Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi, 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.

- pacjentowi, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza, z którym Fundusz zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych, przysługuje zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne. Refundowane leki wydawane są bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością. Wykazy leków refundowanych oraz rodzaj i wysokość odpłatności zawarte są w obwieszczeniach Ministra Zdrowia. Refundacji podlegają również leki recepturowe sporządzone w aptece, spełniającej określone warunki.

SZCZEGÓLNE UPRAWNIENIA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Prawo do bezpłatnych leków (na podstawie art. 43-47 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) 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 z późn. zm.) 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 bezpłatnie, 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.

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 2012 r., poz. 159, 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, prokuratorom, 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.
- 9) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;
- 10) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;
- 11) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 i Nr 174, poz. 1039), w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia.

Dokumentacja medyczna może być udostępniana także:

- szkole wyższej lub,
- instytutowi badawczemu

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 tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

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 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:

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;

2) jedna strona kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;

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.

5. ZDROWIE W UNII EUROPEJSKIEJ

WYPOCZYNEK W PAŃSTWACH CZŁONKOWSKICH UE/EFTA

Zgodnie z unijnymi/wspólnotowymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w szczególności art. 19 ust. 1 i art. 27 ust. 1

rozporządzenia nr 883/2004, art. 25 pkt A ust. 3 rozporządzenia nr 987/2009 oraz Decyzji nr S3 na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) osobie przebywającej tymczasowo w innym państwie członkowskim UE/EFTA przysługują te wszystkie rzeczowe świadczenia zdrowotne, które:

- są niezbędne z medycznego punktu widzenia z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń i czasu trwania pobytu,
- zostały udzielone w celu uniknięcia sytuacji, w której pacjent byłby zmuszony do powrotu na terytorium państwa ubezpieczenia, aby uzyskać potrzebne leczenie.

Zatem przez pojęcie świadczenia niezbędnego należy rozumieć każde świadczenie, co do którego lekarz zdecydował, że zachodzi konieczność jego udzielenia z uwagi na stan zdrowia w jakim znajduje się pacjent, tak, aby nie musiał on wracać do swojego państwa właściwego czyli państwa ubezpieczenia celem uzyskania leczenia.

W celach weryfikacyjnych, trzeba okazać EKUZ bezpośrednio w placówce służby zdrowia - lekarzowi lub administracji szpitala. W niektórych państwach wraz z kartą EKUZ wymagane jest okazanie dowodu tożsamości - preferowany paszport. 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.

Nie jest wystarczające podanie lekarzowi samego numeru identyfikacyjnego karty. Lekarz musi osobiście zobaczyć kartę, zweryfikować zawarte na niej dane pod kątem zgodności ze wzorem określonym w przepisach unijnych.

Należy mieć na względzie to, że w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, z opieki medycznej na podstawie EKUZ można korzystać wyłącznie u świadczeniodawców/lekarzy, którzy funkcjonują w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej w państwie pobytu.

NAUKA W PAŃSTWACH CZŁONKOWSKICH UE/EFTA

Osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, które udają się do [innego państwa członkowskiego UE/EFTA w celu podjęcia studiów lub nauki w szkole](#), które chcą skorzystać z rzeczowych świadczeń zdrowotnych, niezbędnych z przyczyn medycznych, w trakcie pobytu czasowego w danym państwie członkowskim UE/EFTA powinny legitymować się [Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego \(EKUZ\)](#).

Zgodnie z przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, EKUZ uprawnia posiadacza do rzeczowych świadczeń zdrowotnych, które stają się niezbędne z powodów medycznych podczas pobytu w danym państwie

członkowskim UE/EFTA. Zakres świadczeń niezbędnych dla danej osoby ustala lekarz, biorąc pod uwagę, w szczególności, charakter świadczeń oraz planowany czas trwania pobytu. **Zasadą jest, iż uprawnionemu należy udzielić wszystkich niezbędnych świadczeń umożliwiających mu kontynuowanie pobytu, tak, aby nie musiał on wracać do kraju w którym jest ubezpieczony w celu uzyskania lub kontynuacji rozpoczętego leczenia.** Ponadto, lekarz powinien potraktować uprawnionego w podobny sposób, jak osobę ubezpieczoną w danym państwie członkowskim. **Prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych przysługuje wyłącznie w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia społecznego.**

LECZENIE PLANOWE W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA

Leczenie planowane za granicą jest to przewidywany, ściśle określony zakres leczenia, które ma zostać przeprowadzone w innym państwie członkowskim UE/EFTA na podstawie wcześniej uzyskanej zgody NFZ.

Zgoda na przeprowadzenie ww. leczenia wydawana jest po przeprowadzeniu przez NFZ postępowania wyjaśniającego. Procedura rozpatrywania wniosku zostaje zainicjowana przez złożenie przez wnioskodawcę odpowiedniego [wniosku](#) do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania oddziału wojewódzkiego NFZ. Wniosek musi zostać wypełniony przez lekarza specjalistę właściwej dziedziny medycyny, który potwierdzi brak możliwości przeprowadzenia wnioskowanego leczenia w kraju.

Potwierdzeniem uzyskania zgody NFZ na przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju jest zaświadczenie – formularz E 112 (a w najbliższej przyszłości formularz S2) – wydawany wnioskodawcy przez właściwy ze względu na miejsce zamieszkania oddział wojewódzki NFZ, następnie przekazany przez wnioskodawcę świadczeniodawcy realizującemu wnioskowane świadczenie za granicą. Formularz E 112 potwierdza, że instytucja właściwa, która go wystawiła, zobowiązuje się do pokrycia kosztów wnioskowanego leczenia.

ZAMIESZKANIE W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE/EFTA

Swoboda przemieszczania się stanowi jedną z nadrzędnych zasad obowiązujących obywateli Unii Europejskiej. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego daje również możliwość zmiany miejsca zamieszkania na znajdujące się w innym państwie niż państwo właściwe w zakresie zabezpieczenia społecznego, tj. państwo, w którym dana osoba jest ubezpieczona.

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](#).

TRANSPORT TRANSGRANICZNY W PAŃSTWACH UE/EFTA

Co do zasady przepisy o koordynacji nie zapewniają pokrycia przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów transportu do Polski.

Aby uniknąć obciążenia tymi kosztami, wskazane jest wykupienie dodatkowego prywatnego ubezpieczenia.

Polski ustawodawca przewidział możliwość wydania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia lub Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego, w ściśle określonych przypadkach, decyzji w sprawie wyrażenia zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju.

Decyzja w sprawie pokrycia kosztów transportu dotyczy wyłącznie aspektu finansowego, Narodowy Fundusz Zdrowia nie angażuje się w działania operacyjne związane z organizacją transportu.

W żadnym przypadku nie jest możliwe pokrycie przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów transportu osoby zmarłej.

TRANSPORT POWROTNY W CELU KONTYNUACJI LECZENIA ROZPOCZĘTEGO W INNYM PAŃSTWIE.

Transport pacjenta, który rozpoczął proces leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/ EFTA na podstawie przepisów o koordynacji, w celu kontynuacji leczenia na terenie Polski, jest możliwy na podstawie [art. 25 ust. 3 pkt 2](#) .Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 t.j. z późn. zm.). Wydawanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju należy do kompetencji Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu. Oddziałem Wojewódzkim NFZ, do którego można złożyć wniosek, jest Oddział właściwy ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy.

NFZ wyraża zgodę na przewiezienie pacjenta najtańszym środkiem transportu sanitarnego, który można zastosować, biorąc pod uwagę stan zdrowia pacjenta. Zgoda na pokrycie kosztów transportu jest wydawana przed jego wykonaniem

i dotyczy sfinansowania całości kosztów, NFZ nie zwraca ewentualnych wcześniej poniesionych kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, ani nie finansuje kosztów w części.

Transport nie powinien się odbyć jeżeli pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy nie wyrażą na niego zgody. Świadczeniodawca zagraniczny nie powinien wywierać wpływu na decyzję pacjenta.

ZWROT KOSZTÓW ZA LECZENIE W INNYCH PAŃSTWACH CZŁONKOWSKICH UE/EFTA

W przypadku, kiedy ubezpieczony poniósł koszty leczenia w jednym z państw Unii Europejskiej lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu, może starać się o ich zwrot, niezależnie od tego, czy podczas pobytu za granicą posiadał przy sobie kartę EKUZ, czy też nie. Należy jednak pamiętać, że w większości państw członkowskich UE/EFTA ubezpieczony ponosi część kosztów związanych z udzielonymi świadczeniami rzeczowymi i koszty te nie podlegają refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia (tzw. kwota współfinansowania). W odniesieniu do pozostałych kosztów istnieje możliwość ubiegania się o ich zwrot. Co do zasady o refundację może ubiegać się każda osoba, która:

- skorzystała podczas czasowego pobytu ze świadczeń rzeczowych na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA,
- posiadała prawo do świadczeń jako osoba ubezpieczona w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- opłaciła rachunki wystawione przez zagranicznego świadczeniodawcę,

W przypadku niektórych państw takich jak Belgia i Francja o refundację kosztów ubezpieczony może wnioskować już w państwie pobytu. Jeżeli z wnioskiem nie wystąpiono podczas pobytu na terenie tych państw to, tak jak w przypadku pozostałych państw członkowskich, [wniosek o zwrot kosztów](#) wraz z załącznikami należy złożyć we właściwym dla ubezpieczonego [Oddziale Wojewódzkim NFZ](#) .

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) 344-93-00
- Chełm 22-100 ul. Ceramiczna 1 tel. (82) 56-22-200
- Zamość 22-400 ul. Partyzantów 3 tel. (84) 67-76-400

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 poczty elektronicznej za pośrednictwem, za pomocą Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP) 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 i nie zawierają imienia, nazwiska (nazwy) i adresu wnoszącego, pracownik komórki organizacyjnej, o której mowa w § 5 ust. 1, za pomocą poczty elektronicznej występuje odpowiednio do skarżącego lub wnioskodawcy o uzupełnienie złożonej skargi lub wniosku o te dane w terminie 7 dni. Termin do załatwienia skargi lub wniosku biegnie od dnia wpływu tego uzupełnienia 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: 01-171 Warszawa, ul. Młynarska 46, Infolinia, tel.: 800 190 590;
- **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: 20-072 Lublin, ul. Czechowska 3a, tel. (81) 536 67 50;
- **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

Bezpłatna „Infolinia kolejkowa” 800 804 003

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

ul. Młynarska 46; 01-171 Warszawa,

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

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

e-mail: bpp.gov.pl