Jak się skutecznie poruszać w systemie ochrony zdrowia?

PORADNIK DLA PACJENTÓW

RAZEM DLA ZDROWIA

Autorzy

Ewa Borek
Kinga Wojtaszczyk
Adrian Janus
Piotr Dąbrowiecki
Grafika Bartłomiej Busiak

Partnerzy

NACZELNA IZBA LEKARSKA

FUNDACJA MM pacjenci

Naczelna Izba Aptekarska

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, wersja z dnia 31.03.2016

Spis treści

Spis treści ... 2
Od Autorów ... 3

Część ogólna

1. Szanujmy się ... 5
2. Bądźmy odpowiedzialni za swoje zdrowie ... 6
3. Trzeba współpracować. Medycyna zmian stylu życia wymaga dobrego porozumienia i współpracy lekarza i pacjenta ... 9
4. Pacjencie słuchaj swojego lekarza i przestrzegaj jego zaleceń ... 10
5. Lekarzu, pytaj swojego pacjenta co sądzi o zaleconym leczeniu, badaniach czy rozpoznaniu ... 11
6. Wiedza ratuje życie ... 12
7. Leczmy się sami - odpowiedzialnie ... 14
8. Zwalczajmy ból - odpowiedzialnie ... 15

Część szczegółowa. Jak się poruszać w systemie ochrony zdrowia w Polsce?

1. Fakty o dostępie do opieki zdrowotnej, które warto znać ... 17
2. Podstawy wiedzy o systemie ochrony zdrowia. Komu przysługuje prawo do świadczeń? ... 22
3. Podstawowa Opieka Zdrowotna – POZ. ... 25
4. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ ... 29
5. Szybka ścieżka onkologiczna ... 31
6. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) ... 38
7. Zasady zapisywania na listę oczekujących do lekarzy specjalistów, na badania lub zabiegi szpitalne. ... 45
8. Lecznictwo zamknięte, czyli leczenie szpitalne ... 49
9. Opieka długoterminowa i paliatywna ... 51
10. Opieka stomatologiczna ... 53
11. Rehabilitacja ... 55
12. Leki ... 58
13. Pomoc w nagłych wypadkach. System Ratownictwa Medycznego ... 60
14. Leczenie za granicą ... 64
15. Prawa pacjenta ... 69
16. ZIP – Zintegrowany Informator Pacjenta ... 70
Słownik ... 72
Ważne strony www ... 74

Od Autorów

Problemów w ochronie zdrowia na pewno nam nie brakuje. Pacjenci czują się źle traktowani przez personel medyczny. Pracownicy ochrony zdrowia często doświadczają ze strony pacjentów agresji. Polacy tracą zaufanie do lekarzy i bardzo nisko oceniają system ochrony zdrowia. Codzienne, powszechne problemy tak jak ograniczony dostęp do badań, specjalistów, leków, długie oczekiwanie powodują, że narastają konflikty, brakuje porozumienia i zaufania a w ich miejsce pojawia się wrogość. Część tych problemów jest wynikiem niewłaściwego postępowania, ale częściej są one wynikiem niewłaściwych rozwiązań systemowych. System ustawia pacjentów i pracowników ochrony zdrowia przeciw sobie.

Od dawna pacjenci i pracownicy ochrony zdrowia apelują o radykalne zmiany, ale zarządzający systemem i politycy raczej zajmują się poszukiwaniem winnych, kiedy problemy pojawią się w mediach. Oczekiwanie na poprawę systemu najpewniej jeszcze potrwa. Tymczasem codziennie pacjenci i personel ochrony zdrowia spotykają się miliony razy. Dlatego, w gronie pacjentów, lekarzy, pielęgniarek i zarządzających placówkami medycznymi zastanawialiśmy się, jak możemy sobie nawzajem pomóc. Postanowiliśmy zebrać przykłady najbardziej typowych problemów wyzwalających napięcia i konflikty między pacjentami i pracownikami ochrony zdrowia i wspólnie zastanowić się, jak my sami możemy je rozwiązywać, jak możemy razem ograniczać konfliktowe sytuacje i budować wzajemne zaufanie.

Celem tego poradnika jest wskazanie, co możemy zrobić razem. Chcielibyśmy także, aby był on zachętą dla korzystających z ochrony zdrowia i dla pracujących w niej do wspólnego działania na rzecz poprawy systemu. Poradnik zawiera najbardziej aktualne informacje pomagające pacjentom poruszać się w systemie opieki zdrowotnej. Będzie on stale uaktualniany, w miarę pojawiania się kolejnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Jesteśmy także przekonani, że będzie nam stale potrzebny, ponieważ problemów w ochronie zdrowia na pewno nie zabraknie. Będzie on stale uaktualniany, w miarę pojawiania się kolejnych zmian w systemie ochrony zdrowia oraz propozycji i uwag Czytelników, o które bardzo prosimy.

RAZEM DLA ZDROWIA

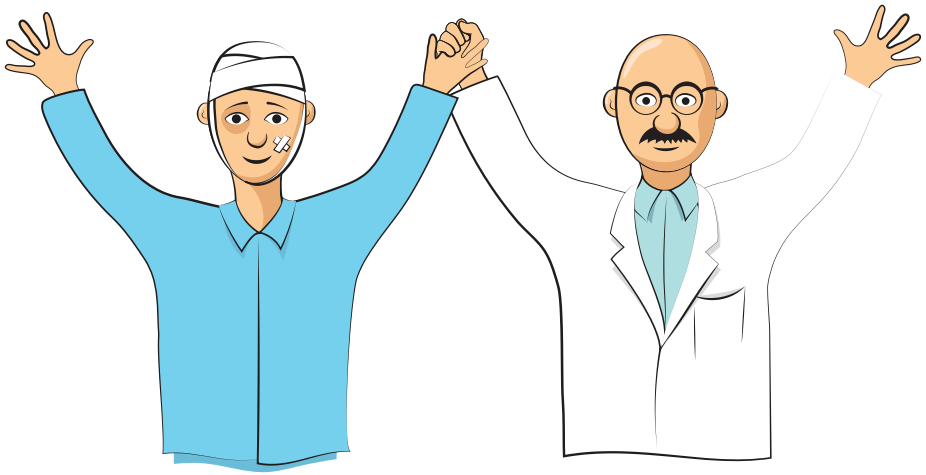
W Polsce na wizytę u ortopedy trzeba czekać 3,3 miesiąca.
Na endoplastykę stawu biodrowego - 44 miesiące.
(Fundacja WHC, listopad 2015)

W 2012 roku agresji doświadczyło 67% lekarzy.
(badanie NIL i PAN, 2013)

Swoim lekarzom ufa w Polsce około 70% pacjentów, ale jest to prawie najniższe zaufanie w Europie (CBOS 2015).

Część ogólna

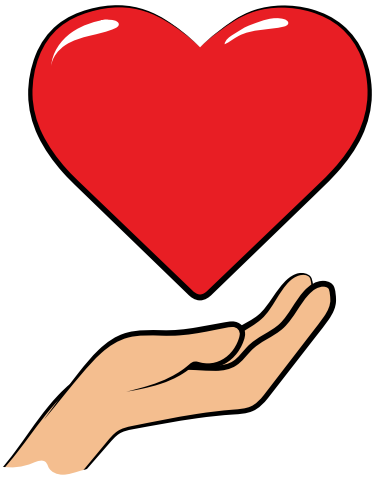
1. Szanujmy się



Pacjent nie rozwiąże swojego problemu ze zdrowiem sam – potrzebuje lekarza. Lekarz potrzebuje pacjentów – został nim po to, aby pomagać pacjentom. Lekarze i pacjenci muszą więc współpracować. Pacjent chciałby darzyć swojego lekarza zaufaniem. Wzajemne zaufanie jest ważne także dla lekarzy. Sprawia, że leczenie jest skuteczniejsze. Sprawia, że pacjentowi jest łatwiej przekazać co mu dolega i co chciałby osiągnąć. Lekarzowi ułatwia przekonanie pacjenta do wysłuchania opinii, zrozumienia diagnozy i zaleceń a potem ich przestrzegania. Dobra współpraca także bardzo ułatwia codzienne życie, czyni je przyjemniejszym. Spotykając osoby, do których mamy zaufanie i którym ufamy czujemy się lepiej i bezpieczniej.

O współpracę i zaufanie bywa trudno w codziennym funkcjonowaniu ochrony zdrowia. Pacjent ma trudności w dostaniu się do lekarza, czeka na wizytę wiele miesięcy a potem czeka pod gabinetem. Lekarz pracuje w warunkach ograniczonego czasu dla pacjenta, ograniczonych możliwości, w pośpiechu, nie zawsze ma czas na długą rozmowę. Jeśli nie mamy czasu na budowanie zaufania i współpracy, starajmy się przynajmniej o wzajemne zrozumienie i szacunek, o zrozumienie, że wielu niedogodności nie da się uniknąć, że póki co nasze oczekiwania będą większe niż możliwości. Nastawienie na wzajemną pomoc bardzo ułatwia nasze relacje nawet wtedy kiedy nie ma czasu. Proszę, dziękuję i przepraszam to krótkie słowa, które mają cudowną moc i mogą nam pomóc w zbudowaniu dobrych relacji w warunkach, które niestety często temu nie sprzyjają

2. Bądźmy odpowiedzialni za swoje zdrowie



W ciągu ostatnich lat medycyna zatacza wielkie koło. Z medycyny, która ratuje życie i zdrowie staje się medycyną zmiany stylu życia. Interwencje medyczne miały kiedyś charakter radykalny i odpowiedzialność za efekt leczenia spoczywała na barkach lekarza i personelu medycznego. To sprawiało, że pacjenci nie czuli się za swoje zdrowie odpowiedzialni. Brakowi poczucia odpowiedzialności sprzyjał system zinstytucjonalizowanej opieki zdrowotnej. Rejonizacja chorych, leczenie u anonimowego lekarza i stosunki o charakterze władzy administracyjnej w zakładach służby zdrowia spowodowały, że pacjenci przyzwyczaili się do przenoszenia odpowiedzialności za stan swojego zdrowia na personel medyczny i ogólnie system „bezpłatnej służby zdrowia". Dodatkowo, edukacja zdrowotna nie była częścią powszechnego nauczania. O zdrowiu uczyliśmy się z akcji profilaktycznych i promocyjnych, z bilbordów i reklam. O zdrowym stylu życia także dziś nie uczymy się w szkole, więc poziom naszej wiedzy jest niski i jest ona przypadkowa. System ubezpieczeń zdrowotnych nie promuje zdrowych nawyków stylu życia i nie zniechęca do złych zachowań, np. nałogów. Nie mamy więc jako społeczeństwo nawyku brania odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Na szczęście, coraz więcej osób inaczej postrzega odpowiedzialność za własne zdrowie. Bycie sprawnym jest modne. Coraz częściej przykłada się wagę do codziennego wysiłku fizycznego i jakości tego co jemy. Mamy świadomość, że najlepsza polisa zdrowotna to dobra kondycja fizyczna i wieloletnia dyscyplina w zakresie stylu życia. W połączeniu z odpowiedzialnymi zachowaniami w zakresie profilaktyki nowotworów i badań kontrolnych daje to realną szansę na dożycie późnej starości bez większych problemów ze zdrowiem. Wszyscy powinniśmy się tych zdrowych postaw uczyć.

Co zrobić aby uchronić się przed rakiem?

12 sposobów na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka

Nie pal. Nie używaj tytoniu w żadnej postaci.

Nie jest to łatwe, ale nie niemożliwe! Może nie wiesz, ale palenie szkodzi niemal każdemu narządowi Twojego ciała. Jest największym czynnikiem ryzyka wielu typów raka, nie tylko raka płuca. Stwórz w domu środowisko wolne od dymu tytoniowego. Wspieraj politykę miejsca pracy wolnego od tytoniu.

Utrzymuj prawidłową masę ciała.

Bądź aktywny fizycznie w codziennym życiu.

Ogranicz czas spędzany na siedząco.

Przestrzegaj zaleceń prawidłowego sposobu żywienia:

- jedz dużo produktów pełnoziarnistych, roślin strączkowych, warzyw i owoców;
- ogranicz spożycie wysokokalorycznych produktów spożywczych (o wysokiej zawartości cukru lub tłuszczu) i unikaj napojów słodzonych;
- unikaj przetworzonego mięsa; ogranicz spożycie mięsa czerwonego i żywności z dużą ilością soli.

Jeśli pijesz alkohol dowolnego rodzaju, przynajmniej ogranicz jego spożycie.

Abstynencja pomaga zapobiegać nowotworom.

Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne (dotyczy to szczególnie dzieci).

Chroń się przed słońcem, używaj produktów przeznaczonych do ochrony przeciwsłonecznej. Nie korzystaj z solarium.

Chroń się przed działaniem substancji rakotwórczych w miejscu pracy.

Postępuj zgodnie z zaleceniami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy.

Kobiety powinny pamiętać o tym, że:

- karmienie piersią zmniejsza u matki ryzyko zachorowania na nowotwory. Jeśli możesz, karm swoje dziecko piersią
- hormonalna terapia zastępcza zwiększa ryzyko rozwoju niektórych nowotworów. Ogranicz jej stosowanie.

Zadbaj o to, aby twoje dzieci otrzymały szczepienia ochronne przeciwko:

- wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (dotyczy noworodków);
- wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) (dotyczy dziewcząt).

Bierz udział w zorganizowanych programach badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania:

- raka jelita grubego (zalecenie dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet);
- raka piersi (u kobiet);
- raka szyjki macicy (u kobiet).

3. Trzeba współpracować.

Medycyna zmian stylu życia wymaga dobrego porozumienia i współpracy lekarza i pacjenta.

W wyniku ogólnej poprawy warunków życia oraz skutecznej walki z nagłymi zachorowaniami zmniejsza się obszar tego, co dla naszego zdrowia może zrobić bezpośrednio lekarz a zwiększa się zakres naszego własnego wpływu na zdrowie. Medycyna nadal bardzo skutecznie ratuje życie, ale znacznie częściej zajmuje się leczeniem chorób przewlekłych, edukacją i profilaktyką. Stała się w dużej części medycyną zmian stylu życia, co nie znaczy, że stała się łatwiejsza.

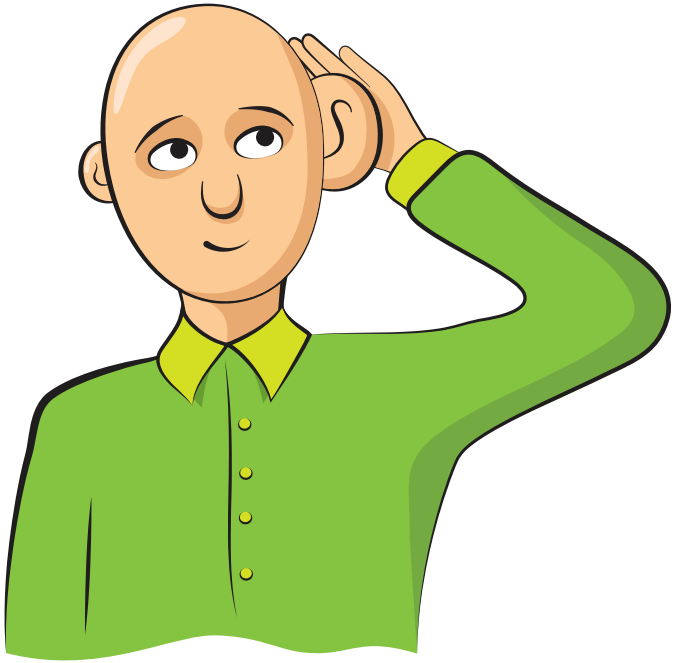
Jej skuteczność zależy w coraz większym stopniu od pacjenta. Od tego, jak przyjmuje zalecenia lekarza, jak je rozumie i jak je na co dzień wdraża. Paradoksalnie może się okazać, że łatwiej jest przeprowadzić skomplikowaną operację kardiochirurgiczną u otyłego pacjenta niż potem uzyskać u niego trwałe zmniejszenie masy ciała poprzez zmianę nawyków i stylu życia. Sukces długoterminowy tego leczenia zależy bardziej od pacjenta niż od lekarza.

Medycyna zmiany stylu życia wymaga od obu stron – pacjenta i lekarza – dużo czasu, cierpliwości, współpracy i zaufania. Proces leczenia jest wieloletni. Jego skuteczność często jest większa niż metod medycyny interwencyjnej, ale zależy głownie od jakości porozumienia i współpracy między obiema stronami, przyjaznego podejścia do siebie nawzajem. Od umiejętności zbudowania partnerstwa, docenienia pacjenta za drobne zmiany postaw, od umiejętności pytania pacjenta o zdanie. Zależy też od wiedzy pacjenta, od zrozumienia sytuacji i od zaufania do zaleceń lekarza. Relacja lekarz pacjent we wspólnym budowaniu dobrych nawyków stylu życia przypomina relację klient - terapeuta jaką znamy z terapii psychologicznej. Potrzeba tu bardziej umiejętności społecznych niż konkretnej wiedzy medycznej, a efekt zależy od działań obu stron.

Wobec wyzwań współczesnej medycyny można powiedzieć, że lekarze i pacjenci muszą być otwarci na współpracę i dobre wzajemne relacje. To warunek osiągnięcia tego, co dla nich najważniejsze - zdrowia.

4. Pacjencie słuchaj swojego lekarza i przestrzegaj jego zaleceń.

Opłaca się współpracować. Na brak współpracy nie stać nas ze społecznego punktu widzenia.



W świetle badań przeprowadzonych wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym 51% pacjentów nie przestrzega zaleceń lekarza. Ciśnienie jest prawidłowe zaledwie u 30% pacjentów leczonych lekami obniżającymi ciśnienie a zjawisko braku wdrażania zaleceń lekarza jest przyczyną 10% hospitalizacji z powodu nadciśnienia i jego powikłań. Brak przestrzegania zaleceń lekarzy jest przyczyną licznych problemów. Pacjent jest leczony nieskutecznie i jego zdrowie pogarsza się. Do tego dochodzi koszt utraconego czasu, niezażywanych leków, niezdolności do pracy. Oznacza to również istotny koszt dla systemu opieki zdrowotnej. Kosztuje czas lekarza, kosztują nieprzyjmowane leki oraz interwencje, których w przypadku stosowania się pacjenta do zaleceń można by było uniknąć. Brak współpracy oznacza istotne koszty społeczne i prywatne.

5. Lekarzu, pytaj swojego pacjenta co sądzi o zaleconym leczeniu, badaniach czy rozpoznaniu

Trudności we współpracy wynikają także z niewłaściwego podejścia lekarzy, którzy ordynują leki, stawiają diagnozę i zalecają leczenie, z reguły nie pytając, co pacjent o tym sądzi, jak widzi szansę na realizację w praktyce lekarskich zaleceń. Skraca się czas wizyty i kontaktu pacjenta z lekarzem. W tym braku czasu jest miejsce na przekazanie tylko niezbędnego minimum informacji i nie ma czasu na dialog – na rozwiane wątpliwości pacjenta, na wyjaśnienia, na pytanie pacjenta o jego potrzeby, wybory czy opinie. Pacjenci boją się pytać czy prosić lekarza o wyjaśnienie, a z drugiej strony aż 97% z nich chciałoby **mieć wpływ na podejmowanie decyzji dotyczących ich leczenia.**

RAZEM DLA ZDROWIA

W świetle badań przeprowadzonych wśród pacjentów z cukrzycą, 68% z nich obawiało się prosić lekarza o zamianę leczenia na tańsze odpowiedniki i rozmawiać z nim o rosnących kosztach leków. Również w aptece pacjenci rzadko proszą o zamianę leków na tańsze odpowiedniki, natomiast dość często po prostu nie wykupują zaleconych leków. Pacjenci często obawiają się zgłaszać swoje potrzeby do personelu medycznego. Stąd niezwykle istotna jest świadoma postawa lekarza i otwarte zadanie pacjentowi tego najważniejszego pytania, które decyduje o przestrzeganiu zaleceń w praktyce - Co Pani/Pan o tym leczeniu sądzi? Czy będzie Pani/Pan stosował się do moich zaleceń?

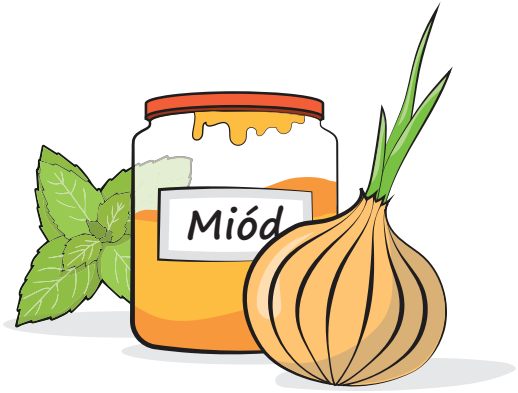
6. Wiedza ratuje życie

Im trudniej jest nam się dostać do lekarza tym w większym stopniu jesteśmy skłonni szukać pomocy w sprawach zdrowia w internecie. Okazuje się, że **52% pacjentów podjęło próbę leczenia siebie lub swoich bliskich na podstawie informacji uzyskanych w internecie,** bez konsultacji z lekarzem czy farmaceutą. Co więcej, 92% z tych osób uznało, że leczenie to okazało się skuteczne. Takie wyniki badań podała pracownia ARC Rynek i Opinie, jako wyniki analiz „Internet leczy skutecznie". Lekarze uważają, że 90% ich pacjentów korzysta z informacji o swoim problemie zdrowotnym w internecie. Co to oznacza w praktyce? Oznacza tyle, że połowa z nas leczy się już u Doktora Google. A prawie wszyscy pacjenci tego doktora są z jego usług zadowoleni. Ale jak to jest z jego wiarygodnością? Tak, jak dostęp do informacji był głównym problemem przed erą internetu, tak w erze internetu głównym problemem stała się wiarygodność łatwo dostępnych informacji.

Wg danych IPSOS 2011 ponad 50% internautów w wieku do 40 lat uznaje internet za wiarygodne źródło informacji na temat zdrowia. Poczucie zaufania do informacji pochodzących z internetu spada po 40. roku życia. Im jesteśmy starsi, tym mamy do tego źródła informacji coraz mniejsze zaufanie.

Czy doktor Google może nam zaszkodzić? Nie znaleźliśmy w internecie wpisów "dr Google zabił pacjenta". Za to jest dużo wpisów "dr Google uratował mi życie". Zwłaszcza pacjenci z chorobami rzadkimi wskazują na internet jako źródło samodzielnie postawionego rozpoznania. Tacy pacjenci zwykle długo poszukują rozpoznania i leczenia, odwiedzają wielu specjalistów i nie otrzymują skutecznej pomocy. To sprawia, że rozpoczynają własne studia materiałów dostępnych w internecie. Może to prowadzić do prawidłowego rozpoznania. Znane są historie pacjentów, którzy zakomunikowali lekarzowi "Panie doktorze, już wiem co mi jest". Lekarz tylko potwierdza diagnozę i zaczyna prawidłowe leczenie. W końcu nikt tak dobrze nie zna naszej choroby jak my sami. Dlatego nie ma w tym nic złego, jeśli naszym pierwszym konsultantem medycznym jest doktor Google. Jeśli jest na to czas, poczytajmy o swoim problemie na stronach dla pacjentów, dla lekarzy, poczytajmy co piszą i mówią o swoich problemach inni pacjenci. Poczytajmy, ale pamiętajmy: wątpliwości omawiajmy z naszym lekarzem podczas wizyty. Niech to on weryfikuje wiarygodność informacji pochodzących z innych źródeł. Lekarze cenią wyedukowanych pacjentów. W większości uważają że wiedza pacjentów o ich chorobie pomaga w leczeniu, że leczenie takich pacjentów jest skuteczniejsze.

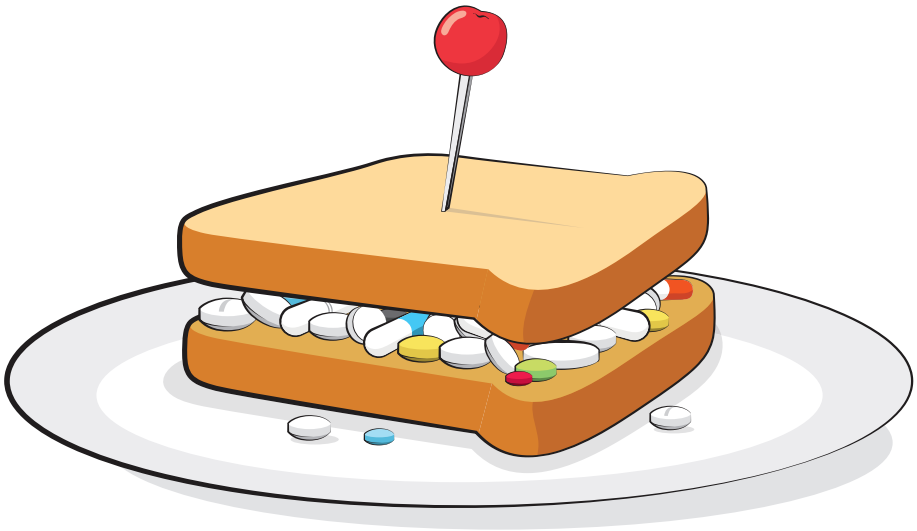
7. Leczmy się sami - odpowiedzialnie



Nie ma nic złego w tym, że proste problemy ze zdrowiem próbujemy rozwiązywać sami. Katar w ogromnej większości przypadków nie wymaga interwencji lekarza. Bardzo pomocny w prostych problemach zdrowotnych może okazać się też farmaceuta. W Skandynawii, gdzie poziom zadowolenia pacjentów z usług medycznych jest wysoki, stosowany jest model „2 tygodni". Pacjent, który chce przyjść do lekarza najpierw kontaktuje się z nim telefonicznie. Lekarz na podstawie wywiadu przez telefon ocenia, czy sprawa jest poważna czy banalna. Często pada zdanie „Proszę się do mnie zgłosić, jak nie przejdzie za 2 tygodnie". Okazuje się, że z większością naszych chorób organizm radzi sobie sam i objawy znikają w ciągu tygodnia lub dwu. Interwencja z zastosowaniem leków jest potrzebna do zwalczenia części problemów zdrowotnych. Przytoczmy motto Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji„Pacjenci mogą odzyskać zdrowie niezależnie od leków lub z ich pomocą". Gdy więc jesteśmy pewni, że problem jest banalny, leczmy się sami. Pomocy lekarzy szukajmy wtedy, gdy problem nie mija, gdy pojawią się niepokojące i nietypowe objawy i wówczas nie zwlekajmy z wizytą. Bądźmy wyedukowanymi i samodzielnymi pacjentami. To najlepsza rzecz, jaką możemy sami zrobić dla własnego zdrowia.

Samoleczenie powinno być stosowane w przypadkach występujących powszechnie chorób, gdy postawienie diagnozy nie budzi wątpliwości a ogólnodostępne środki farmaceutyczne są wystarczające do wyeliminowania dolegliwości.

8. Zwalczajmy ból - odpowiedzialnie



W świetle badań GFK Polonia w 2012 roku kupiliśmy bez recepty 2 mld tabletek przeciwbólowych i wydaliśmy na nie prawie 1 mld złotych. Łykamy najwięcej środków przeciwbólowych w Europie. Co czwarty Polak nosi je stale przy sobie. Preparaty te są dostępne wszędzie – w sklepie, w kiosku, w supermarkecie. Są intensywnie reklamowane w mediach. Nie mamy świadomości, że nadużywane mogą być przyczyną poważnych problemów zdrowotnych i stanów zagrożenia życia. Łykamy tabletkę za tabletką nie czytając ulotki i przedawkowujemy leki przeciwbólowe. Stosujemy często kilka leków o działaniu przeciwbólowym czy przeciwzapalnym jednocześnie. Narodowy Fundusz Zdrowia wydał na leczenie powikłań nadużywania leków przeciwbólowych takich jak krwawienia z przewodu pokarmowego, niewydolność nerek czy wątroby **300 mln złotych**. Już kilkudniowe niewłaściwe stosowanie niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) może powodować poważne powikłania. Leki przeciwbólowe są dobrodziejstwem, z którego należy korzystać odpowiedzialnie, czyli tylko przez krótki czas i zgodnie z zaleceniami na ulotce.

RAZEM DLA ZDROWIA

Jak zwalczać ból odpowiedzialnie?

• zawsze czytaj informację o leku dołączoną do opakowania

• nigdy nie przekraczaj maksymalnych dawek dobowych leku

• nie stosuj kilku leków przeciwbólowych czy przeciwzapalnych jednocześnie

• nie pij alkoholu, gdy zażywasz leki przeciwbólowe

• jeśli ból nie ustąpi w ciągu 2-3 dni, zgłoś się po pomoc do lekarza

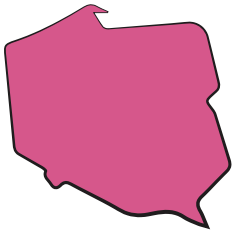
• masz wątpliwości - pytaj o radę aptekarza lub lekarza

Część szczegółowa

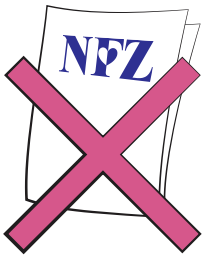
Jak się poruszać w systemie ochrony zdrowia w Polsce?

1. Fakty o dostępie do opieki zdrowotnej, które warto znać

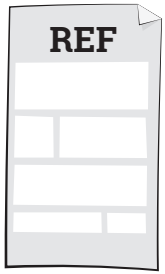
Dość często sami nie wiemy jak funkcjonuje ochrona zdrowia w Polsce albo otrzymujemy na ten temat niewłaściwe informacje. Warto więc wiedzieć, jak jest w rzeczywistości. To może bardzo ułatwić korzystanie z opieki zdrowotnej.



1. Na żadnym poziomie systemu ochrony zdrowia nie obowiązuje rejonizacja. Możesz chodzić do lekarza POZ, specjalisty, na badania, rehabilitację czy do szpitala do każdego świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w całej Polsce. Jeżeli jesteś odsyłany od świadczeniodawcy z informacją, że to nie jest twój rejon, powinieneś skontaktować się z kierownictwem placówki oraz zgłosić ten fakt do Rzecznika Praw Pacjenta lub oddziału wojewódzkiego NFZ. Nie daj się zbyć argumentem o rejonizacji.

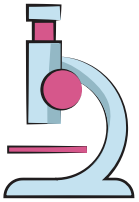


2. Nie jest ważne czy lekarz specjalista, u którego się leczysz ma podpisaną umowę z NFZ, czy też praktykuje prywatnie. Zaświadczenie od lekarza prywatnego o chorobie przewlekłej i jej leczeniu jest ono równie ważne jak zaświadczenie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego! Lekarz POZ lub inny specjalista na jego podstawie może wystawić Ci receptę na leki refundowane.



3. Nie wiesz, kiedy następnym razem dostaniesz się do specjalisty, więc przy najbliższej wizycie u lekarza specjalisty WEŹ ZAŚWIADCZENIE O CHOROBIE PRZEWLEKŁEJ I JEJ LECZENIU dla lekarza POZ lub innego specjalisty! Dzięki temu zaświadczeniu lekarz POZ lub inny specjalista wystawi Ci receptę na leki refundowane!. Lekarz specjalista wydaje zaświadczenie na druku „Informacja dla lekarza kierującego". By umożliwić lekarzowi POZ kontynuowanie leczenia farmakologicznego zastosowanego w poradni specjalistycznej powinien to robić co najmniej raz w roku.

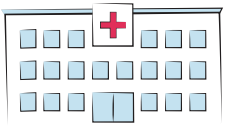
4. Nie musisz się stawiać osobiście u lekarza POZ, żeby uzyskać receptę na leki stosowane w chorobie przewlekłej. Możesz zamówić wizytę domową lekarza POZ, jeśli nie jesteś stanie dotrzeć do poradni osobiście. Możesz także skorzystać z bezpłatnego przewozu transportem sanitarnym na wizyty i badania specjalistyczne. Skierowanie na przewóz wystawia lekarz POZ.



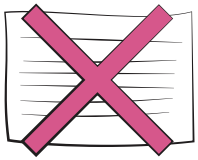
5. Lekarz POZ ma ograniczoną możliwość zlecania badań dodatkowych. Ponadto, za badania płaci z własnego budżetu. Nie oczekuj, że w ramach opieki podstawowej będzie możliwe wykonanie specjalistycznych badań dodatkowych. Pamiętaj, że możliwość zlecenia zaawansowanej diagnostyki mają tylko poradnie specjalistyczne. Poradnie specjalistyczne też mogą zapłacić za zleconą przez siebie diagnostykę.

6. Nie musisz przychodzić do szpitala na umówiony zabieg z kompletem badań wykonanych w prywatnym laboratorium. Szpital ma obowiązek wykonania przed planowanym zabiegiem pełnej diagnostyki niezbędnej do wykluczenia potencjalnych przeciwwskazań do zabiegu.

7. Twoja rodzina nie ma obowiązku oddawania krwi w przypadku, kiedy oczekujesz na zabieg chirurgiczny. Szpital powinien zabezpieczyć potrzebną krew i preparaty krwiopochodne, które mogą być potrzebne podczas Twojego zabiegu.

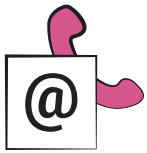


8. Skierowanie do szpitala może wystawić każdy lekarz, także praktykujący prywatnie. Lekarz praktykujący prywatnie nie powinien odsyłać pacjenta do lekarza POZ po skierowanie do szpitala.



9. Nie potrzebujesz skierowania do lekarza dentysty, onkologa, ginekologa i położnika, wenerologa oraz psychiatry. Nikt nie może wymagać od Ciebie skierowania do tych specjalistów.

10. Nie musisz posiadać przy sobie dokumentu poświadczającego posiadanie ubezpieczenia. Jeśli eWUŚ błędnie wskazuje, że nie masz aktualnego ubezpieczenia, podpisujesz u świadczeniodawcy oświadczenie o prawie do świadczeń. W stanie zagrożenia życia, nawet jeśli prawo do świadczeń finansowanych przez NFZ wyświetli się w systemie eWUŚ na „czerwono", szpital nie może odmówić pomocy pacjentowi.



11. Na wizytę nie musisz się rejestrować osobiście. Możesz zadzwonić lub zarejestrować się drogą elektroniczną, a także za pośrednictwem osoby trzeciej.

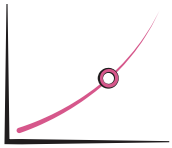
12. W czasie pobytu w szpitalu nie możesz korzystać ze świadczeń u innych świadczeniodawców – nie możesz chodzić na wizytę do lekarza POZ czy do specjalisty, nawet jeśli w tym czasie wypada termin od dawna planowanej wizyty. Nie możesz też kupować refundowanych leków, środków medycznych takich jak pieluchomajtki, zaopatrzenie stomijne czy zaopatrzenie ortopedyczne. Wszystkie potrzebne Ci leki i środki powinien zapewnić szpital. W szpitalu nie należy też samodzielnie przyjmować leków, z których korzystasz w domu.

13. Skierowanie do specjalisty jest ważne tak długo, jak świadczenie nie zostanie zrealizowane. Nie daj się zbyć informacją, że skierowanie, które posiadasz z powodu długiego czasu oczekiwania straciło swoją ważność i musisz przedstawić aktualne.

14. Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych nie mogą być przyczyną wpisania do kolejki oczekujących.

15. Jeśli dowiadujesz się, że do świadczenia jest długa kolejka oczekujących i rejestracja informuje Cię, że zapisy będą dopiero w określonym dniu, nie daj się zbyć. Ustalanie przez świadczeniodawców dat zapisów do kolejki jest nieuprawnione. Rejestracja powinna dokonywać wpisów do kolejki na bieżąco.

16. W momencie rejestracji nie jest wymagane potwierdzenie uprawnień do świadczeń w systemie eWUŚ. Uprawnienia pacjenta powinny być sprawdzane na dzień udzielenia danego świadczenia.



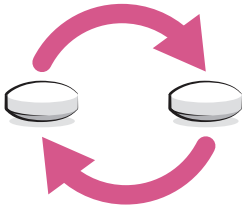
17. Kontynuacja leczenia u danego specjalisty odbywa się na podstawie skierowania, które zostało przedstawione przed pierwszą wizytą. Pracownicy rejestracji nie mogą żądać „aktualizacji" skierowania. Nieważne, czy chcesz korzystać ze świadczeń w tym, czy w kolejnym roku. Istotne jest, by przyczyna skierowania była taka sama.

18. Na stronie www.kolejki.nfz.gov.pl każdy pacjent może sprawdzić czas oczekiwania na dane świadczenie zdrowotne. Warto skorzystać z tej możliwości, ponieważ terminy udzielania świadczeń niekiedy różnią się znacznie pomiędzy poszczególnymi placówkami medycznymi.

19. Pacjent w stanie zagrożenia życia lub zdrowia nie musi okazywać dokumentów poświadczających prawo do świadczeń. Ma prawo do natychmiastowej pomocy nawet wtedy, gdy system eWUŚ nie potwierdzi jego prawa.

20. Pacjent powinien otrzymać pomoc od lekarza POZ w dniu zgłoszenia. Jeśli jest to niemożliwe, porada może być zrealizowana w innym uzgodnionym terminie. W sytuacji pilnej, gdy nie ma możliwości zapisania się do lekarza POZ, pacjent może skorzystać po godzinie 18:00 z nocnej pomocy lekarskiej. Informacje o tym, gdzie znajduje się najbliższa placówka nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej NPL powinien udostępnić POZ.

21. Możesz się leczyć nie tylko w Polsce, ale także za granicą bez zgody prezesa NFZ. Pokrywasz koszty leczenia za granicą a oddział wojewódzki jest zobowiązany zwrócić ci tyle ile za daną usługę płaci świadczeniodawcom w Polsce. Na zwrot kosztów leczenia za granicą możesz liczyć pod warunkiem, że nie wiąże się ono z koniecznością pobytu w szpitalu przynajmniej przez 1 noc oraz nie jest związane ze szczególnie kosztowną procedurą leczenia lub diagnozowania.

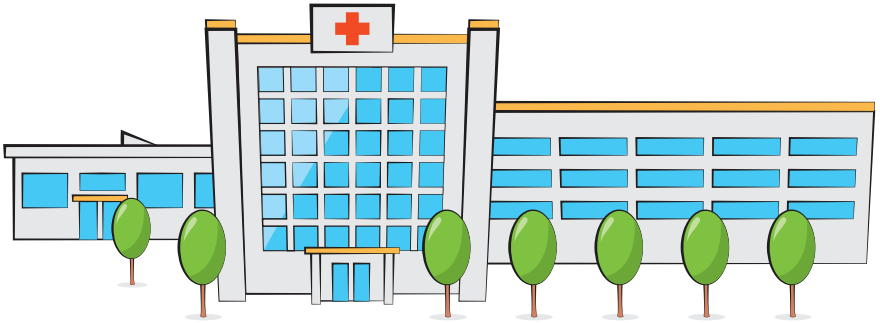


22. Nie musisz płacić w aptece dużo. Większość leków posiada swoje tańsze odpowiedniki. Realizując receptę warto spytać, czy nie ma tańszego zamiennika. Aptekarz powinien sam przekazać ci taką informacje, jeżeli lekarz na recepcie nie zaznaczył „Nie zamieniać". Warto o tańszy zamiennik zapytać też swojego lekarza.

23. Świadczeniodawca, posiadający umowę z NFZ nie może pobierać od pacjentów dopłat czy opłat za świadczenia finansowane przez NFZ. Opłaty czy dopłaty wnoszone przez pacjentów mogą dotyczyć jedynie świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych. W przypadku pobrania przez szpital opłaty za świadczenia gwarantowane należy zgłosić ten fakt do oddziału wojewódzkiego NFZ. Szpital może w takim przypadku utracić umowę z NFZ.

2. Podstawy wiedzy o systemie ochrony zdrowia.

Komu przysługuje prawo do świadczeń?



W powszechnym obiegu istnieje pojęcie „darmowego leczenia". Żadne usługi, nie tylko medyczne, nie są „za darmo". Wszystko kosztuje: sprzęt, leki, budowa lub wynajem pomieszczeń, prąd, woda, transport i przede wszystkim praca ludzka. Większość pieniędzy na te cele pochodzi ze składek zdrowotnych przekazywanych przez obywateli do ZUS. Część - ze środków Ministerstwa Zdrowia i od samorządów – na programy zdrowotne. ZUS przekazuje nasze składki do NFZ, który rozdziela je na poszczególne oddziały wojewódzkie, a te wydają je na zakup świadczeń znajdujących się na liście świadczeń gwarantowanych.

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane przez NFZ mogą być udzielane zarówno przez podmioty publiczne jak i niepubliczne, a także przez osoby wykonujące zawody medyczne indywidualnie lub w ramach grupowych praktyk. Forma własności świadczeniodawcy nie ma obecnie znaczenia - każda placówka medyczna związana umową z NFZ jest zobowiązana traktować pacjentów w jednakowy sposób. NFZ w tzw. procesie kontraktowania świadczeń wybiera te podmioty, które będą udzielały świadczeń finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Przychodnie i szpitale posiadające kontrakt z Funduszem są oznaczone logo NFZ.

Aby skorzystać z leczenia opłacanego przez NFZ trzeba mieć do niego uprawnienia. System ubezpieczeń zdrowotnych przewiduje, że prawo do takich świadczeń mają nie tylko płacący składki na ubezpieczenie zdrowotne ale także osoby korzystające z innych uprawnień. System działa na zasadzie solidaryzmu społecznego - to znaczy, że niezależnie od wysokości wpłacanej składki na ubezpieczenie zdrowotne (czy jest to kilkaset, czy kilkadziesiąt zł miesięcznie), możemy liczyć na taki sam dostęp do leczenia. Wiele osób nie płaci składek: dzieci, studenci, niepracujący małżonkowie, bezrobotni, bezdomni. Rolnicy płacą znacznie mniejsze składki niż reszta społeczeństwa. Składkę zdrowotną za rolników przekazuje do NFZ KRUS.

Oświadczenia możemy znaleźć pod adresem:

http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/dla_pacjenta/e-wus/oswiadczenie_1_2015.pdf.

Dla większości ubezpieczonych składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% przychodów. Bardzo często pacjenci wyrażają swoje niezadowolenie w przychodni - „Jak to? Tyle płacę, a nie mogę dostać się do lekarza lub zrobić podstawowych badań." Na tym polega solidaryzm społeczny – niezależnie od wysokości wpłaty do ZUS lub KRUS, dostęp do leczenia jest taki sam dla wszystkich. Niedawno GUS ogłosił dane za 2012 r. Na leczenie wydaliśmy 75 miliardów zł z publicznych środków. Obywateli jest 38 milionów, czyli na leczenie jednego obywatela wypada niecałe 2 000 zł rocznie. Jeśli ktoś nie choruje, lub choruje mało, może się zastanawiać, co się dzieje z tymi pieniędzmi? Są one przeznaczone na kosztowne leczenie szpitalne chorób innych pacjentów, nie tylko w kraju, ale również za granicą (w oparciu o zgody wydawane przez NFZ na planowe leczenie za granicą). Takie leczenie to często jest wydatek setek tysięcy złotych.

Obecnie funkcjonuje system eWUŚ (elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczenio-biorców), którym posługują się wszystkie rejestracje w placówkach medycznych. Czasem jest tak, że pacjent płaci składki, a system wyświetla na czerwono informację o braku jego uprawnień do bezpłatnego leczenia. Wynika to z niedoskonałości przekazywania informacji pomiędzy ZUS i NFZ. W takiej sytuacji pacjent powinien przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń, a jeśli takiego dokumentu nie ma, rejestratorka powinna dać pacjentowi specjalny druk - oświadczenie, którego wypełnienie jest potwierdzeniem uprawnień do bezpłatnych świadczeń. Wyjaśnieniem z ZUS, dlaczego system eWUŚ nie rozpoznaje jego prawa do ubezpieczenia powinien się zająć po wizycie.

Jeśli po pomoc zgłosi się pacjent w stanie zagrożenia życia, nie należy sprawdzać jego uprawnień w systemie eWUŚ, czy czekać aż wypełni oświadczenie o prawie do ubezpieczenia, tylko pilnie udzielić mu pomocy, a wyjaśnianiem jego uprawnień zająć się później. Informacja, że nie należy nam się świadczenie opłacane przez NFZ, ponieważ system eWUŚ wskazuje

na brak uprawnień nie jest właściwa. Jeżeli jesteśmy przekonani, że opłacamy składki albo że świadczenie należy się nam z innego tytułu, podpisanie oświadczenia o prawie do świadczeń wystarcza, aby udzielono nam pomocy. Pamiętajmy tylko, że jeżeli oświadczenie okaże się nieprawdziwe, możemy być zobowiązani do zapłaty za udzielone świadczenia (czyli poradę, badania, leki lub zabiegi).

Lekarze znają prawo, które zobowiązuje ich do ratowania życia i zdrowia niezależnie od posiadanych przez pacjenta uprawnień do leczenia. W takich sytuacjach bądźmy razem. Nie dajmy się odsyłać i nie odsyłajmy!

Należy podkreślić, że rodzice albo prawni opiekunowie dzieci do lat 18 lub uczących się do 26. roku życia mają obowiązek zgłoszenia podopiecznych do ubezpieczenia w miejscu pracy. Rodzice bardzo często o tym zapominają, zwłaszcza w przypadku zmiany miejsca pracy. Takie przypadki wychwytuje system eWUŚ: niezgłoszonych ponownie do ZUS studentów, którzy podjęli wakacyjną pracę pomiędzy szkołą średnią a rozpoczęciem studiów, niepracujących małżonków, którzy pracują dorywczo na umowę-zlecenie, ale także osoby objęte świadczeniem rehabilitacyjnym czy chorobowym, za które składki płaci ZUS. Nazwiska takich pacjentów wyświetlają się na ekranie świadczeniodawcy na czerwono, jako nieubezpieczeni. Według danych Opolskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia może być to nawet 7,5% wszystkich pacjentów weryfikowanych przez system.

Co można zrobić w sytuacji, gdy w rejestracji jesteśmy informowani, że według danych z systemu eWUŚ nie mamy prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych? Powinniśmy napisać oświadczenie, że przysługuje nam prawo do świadczeń i wyjaśnić sprawę w ZUS. Jeśli prawo nam jednak nie przysługuje, świadczeniodawca zwróci się do nas z prośbą o pokrycie kosztów świadczenia.

Osoby bez jakichkolwiek dochodów powinny zgłosić się do urzędu swojej gminy, gdzie otrzymają stosowny dokument uprawniający do bezpłatnego leczenia. Bezrobotni natomiast muszą rejestrować się w urzędach pracy. Bezpłatne leczenie przysługuje również m.in. osobom uzależnionym i z niektórymi chorobami zakaźnymi (np. gruźlicą), ale wyłącznie w zakresie tych schorzeń.

3. Podstawowa Opieka Zdrowotna - POZ

Podstawowa opieka zdrowotna jest uważana za najważniejszą część systemu opieki zdrowotnej. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), nazywany potocznie lekarzem pierwszego kontaktu lub rodzinnym, musi być lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, czyli takim, który ma umowę (kontrakt) z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenie usług zdrowotnych w danym roku kalendarzowym lub pracuje w placówce, z którą Fundusz podpisał umowę. Może to więc być lekarz pracujący w publicznej lub niepublicznej placówce, np. przychodni, przyjmujący w ramach grupowej lub indywidualnej praktyki lekarskiej (w tzw. prywatnym gabinecie), ale pod warunkiem, że podpisał umowę z NFZ. Chory sam wybiera lekarza POZ, bez względu na miejsce udzielania świadczeń i miejsce zamieszkania. Wybór następuje w drodze złożenia stosownej deklaracji, wskazującej na wybór lekarza, u którego pacjent chciałby się leczyć, a także pielęgniarkę i położną POZ. Deklaracje mogą być składane w formie papierowej oraz elektronicznej, choć ten ostatni sposób dostępny jest od niedawna i nie został jeszcze upowszechniony. Poza konkretnymi osobami, od połowy 2014 r. wybieramy także świadczeniodawcę POZ (konkretną przychodnię), co pozwala na zachowanie ważności deklaracji w przypadku, gdy lekarz, do którego byliśmy zapisani, zmieni pracę lub z innych przyczyn nie może już nas leczyć. Ograniczeniem dostępności do określonego lekarza POZ jest liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza w ramach kontraktu. Według wytycznych NFZ w ramach finansowania kontraktu na jednego lekarza POZ nie powinna przekraczać ona 2750 pacjentów.

RAZEM DLA ZDROWIA

Ważne!

Pacjent ma prawo do bezpłatnego wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej ***POZ trzy razy w ciągu roku kalendarzowego.***

Aby skorzystać ze świadczeń lekarza POZ poza miejscem zamieszkania, nie zawsze jesteśmy zmuszeni do składania nowej deklaracji. Jeśli np. na wakacjach nad morzem nagle zachorujemy lub stan naszego zdrowia pogorszy się, mamy prawo zostać przyjęci przez lekarza (POZ, czy chodzi tu o doraźną pomoc?) bez zmiany deklaracji i bez ponoszenia jakichkolwiek opłat.

Świadczenia lekarza POZ obejmują m.in.:

- profilaktykę chorób, w tym badania i porady w ramach profilaktyki wieku rozwojowego oraz szczepienia ochronne,
- świadczenia profilaktyki chorób układu krążenia,
- udzielanie porad w leczeniu schorzeń, w tym zapewnienie diagnostyki laboratoryjnej oraz obrazowej i nie obrazowej (EKG, RTG, USG) zgodnie z obowiązującym wykazem zawartym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
- wykonywanie zabiegów w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta,
- orzekanie o stanie zdrowia,
- inne świadczenia wynikające z potrzeb populacji objętej opieką, w tym:
  - kierowanie do poradni specjalistycznych i na leczenie szpitalne kierowanie na rehabilitację i leczenie uzdrowiskowe
  - kwalifikowanie do świadczeń transportu sanitarnego w POZ i wystawianie zleceń przewozów
  - wystawiane zleceń na realizację świadczeń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki POZ
  - wystawianie zaświadczeń dotyczących stanu zdrowia pacjenta

Zaświadczenia

Pacjentowi przysługują nieodpłatnie orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na jego życzenie, jeżeli są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli są wydawane dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.

Na życzenie pacjenta wydaje się również zaświadczenia lekarskie, jeśli są one wydawane dla celów uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.

Lekarz POZ udziela pacjentowi porady lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych albo w domu i porada ta obejmuje:

- wywiad,
- badanie lekarskie lub,
- świadczenia zabiegowe lub,
- badania diagnostyczne, niezbędne dla postawienia diagnozy lub kontynuacji prowadzonego przez lekarza leczenia,
- przepisanie leków.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w celu postawienia diagnozy oraz weryfikacji procesu leczenia może zlecić pacjentowi między innymi następujące badania dodatkowe:

- podstawowe hematologiczne,
- biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi,
- układu krzepnięcia,
- PSA,
- TSH, FT3, FT4,
- moczu,
- kału,
- mikrobiologiczne,
- elektrokardiogram,
- spirometria,
- niektóre badania USG (m.in. jamy brzusznej, tarczycy, ślinianek, pęcherza moczowego, nerek),
- zdjęcia radiologiczne (klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej, zdjęcia kostne czaszki, zatok oraz zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej),
- gastroskopia,
- kolonoskopia.

Nie można oczekiwać, że lekarz POZ wykona nam inne badania spoza listy określonej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (aktualna lista badań znajduje się **https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/menu/open@info?view=031#_EVENT_)**. Co więcej, lekarz płaci za te badania ze swojego budżetu, co stanowi istotne ograniczenie w zlecaniu pacjentom badań diagnostycznych. Wyjątek stanowią badania endoskopowe przewodu pokarmowego (gastroskopia i kolonoskopia), które są finansowane odrębnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Lekarz powinien prowadzić

Pełna lista badań, które może zlecić lekarz POZ dostępna jest pod adresem:

www.mz.gov.pl/leczenie/poz/bezplatne-badania

proces diagnostyczno-leczniczy rzetelnie, co oznacza, że pacjent powinien mieć zlecane tylko te badania diagnostyczne, które są potrzebne i dostępne w POZ, bez odsyłania go do specjalisty czy zachęcania do wykonania ich prywatnie.

Formą finansowania świadczeń POZ jest metoda kapitacyjna czyli płacenie lekarzowi za każdego objętego w ciągu roku opieką pacjenta. Wysokość stawki podstawowej w 2015 r. wynosi 140,04 zł do 144,00 zł na rok na jednego pacjenta zadeklarowanego do lekarza POZ, czyli ok. 12 zł na miesiąc. Stawka jest zależna od formy sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych przez lekarza POZ. Stawka kapitacyjna za pacjenta jest korygowana wskaźnikiem, zależnie od wieku ubezpieczonego. Np. stawka kapitacyjna dla pacjenta w wieku od 0 do 6. roku życia wynosi 2,0 x 140,04 zł, czyli ok. 280 zł rocznie.

W związku z tym, że maksymalna liczba pacjentów na jednego lekarza POZ może wynieść 2750 osób to przy maksymalnej możliwej liczbie pacjentów objętych kontraktem, lekarz POZ dysponuje na prowadzenie praktyki kwotą około 385 110 zł na rok (2750 x 140,04 zł = 385 110 zł). W powyższej kwocie zawarte jest wynagrodzenie lekarza oraz innych osób zatrudnionych w praktyce, wszelkie koszty związane z prowadzeniem praktyki w ramach kontraktu, a w tym także koszty zleconych pacjentom badań dodatkowych.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w ramach tzw. „badań kosztochłonnych", ma prawo kierować pacjentów tylko na kolonoskopię i gastroskopię.

Skierowania na inne badania kosztochłonne, takie jak tomografia komputerowa czy rezonans wymagają skierowania wystawionego przez lekarza specjalistę.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej po wyczerpaniu własnych możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, może skierować pacjenta do poradni specjalistycznej finansowanej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Lekarz kierujący pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala, zobowiązany jest dołączyć do skierowania, wyniki wykonanych badań diagnostycznych, umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Od stycznia 2015 r. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który podejrzewa u pacjenta chorobę nowotworową, wydaje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Karta ta zastępuje skierowanie do lekarza specjalisty. Szczegóły dotyczące tej karty znajdują się w rozdziale Szybka Terapia Onkologiczna.

Bywa tak, że chory wymaga konsultacji specjalistycznej, a nie jest w stanie poruszać się sam. Wtedy lekarz rodzinny wystawia zlecenie na przewóz na pierwszą konsultację specjalistyczną transportem sanitarnym (karetką, bez lekarza) do najbliższego ośrodka świadczącego takie porady. W przypadku innego wyboru przez pacjenta lub rodzinę, obowiązuje dopłata do przewozu. Jeśli chory ma problem z poruszaniem się środkami komunikacji publicznej i wymaga pomocy opiekuna, może uzyskać transport sanitarny za dopłatą.

4. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ

Informacje o miejscach udzielania świadczeń publikowane są również przez Oddziały Wojewódzkie NFZ na stronach internetowych oraz pod adresem www.zip.nfz.gov-.pl/ap-portal/.

Poradnia POZ jest czynna od 8 rano do 18 wieczorem. Poza godzinami pracy POZ oraz w dni wolne od pracy pacjenci mogą zgłosić się po pomoc do placówek Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, które udzielają w dni powszednie po godzinie 18.00 do 8.00 rano dnia następnego i całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy następujących świadczeń:

- porady lekarskie, udzielane doraźnie w warunkach ambulatoryjnych lub w domu chorego w przypadkach zachorowań, z wyłączeniem stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia,
- świadczenia pielęgniarskie zlecone przez lekarza, wynikające z udzielonej porady,
- świadczenia pielęgniarskie realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub w domu chorego, zlecone przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

Informacja o miejscu świadczenia opieki nocnej i świątecznej powinna być umieszczona w widocznym miejscu wewnątrz i na zewnątrz miejsca udzielania świadczeń przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Finansowanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej odbywa się na podstawie ryczałtu miesięcznego, a jego wysokość zależna jest od liczby ludności zamieszkującej na terenie, którym zajmuje się placówka.

5. Szybka ścieżka onkologiczna

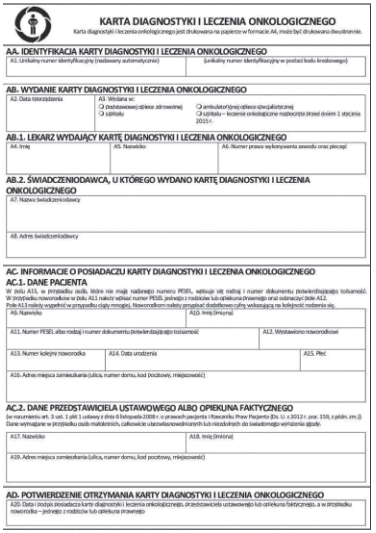
Szybka ścieżka onkologiczna jest rozwiązaniem skierowanym do pacjentów chorych na nowotwory złośliwe lub z podejrzeniem nowotworu złośliwego. Od 1 listopada 2015 r. „Pakiet onkologiczny" uwzględnia także nowotwory układu chłonnego i krwiotwórczego oraz łagodne nowotwory centralnego układu nerwowego. Pakiet nie obejmuje natomiast nowotworów złośliwych skóry (z wyjątkiem czerniaka skóry). Celem rozwiązań obowiązujących od 1 stycznia 2015 roku jest sprawne i szybkie poprowadzenie pacjenta przez kolejne etapy kompleksowej diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Szybka ścieżka onkologiczna ma wyróżniać się dostępnością diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych, m.in. poprzez:

- zniesienie limitów na leczenie onkologiczne
- wprowadzenie odrębnej kolejki do świadczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego
- określenie maksymalnego czasu oczekiwania od momentu postawienia diagnozy do momentu rozpoczęcia leczenia (docelowo w 2017 r. ma to być 7 tygodni)
- zapewnienie kompleksowej terapii
- wytyczenie jasnej ścieżki dla pacjenta i przydzielenie mu opiekuna - koordynatora
- poszerzenie kompetencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej
- zwiększenie roli opieki ambulatoryjnej i dążenie do zmniejszenia liczby hospitalizacji

Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (KDiLO)

Szybka diagnostyka i terapia w ramach „pakietu onkologicznego" jest dostępna dla pacjentów, którzy posiadają Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego.
Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego to dokument potwierdzający uprawnienia pacjenta do skorzystania z szybkiej ścieżki onkologicznej. Karta jest drukowana z systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia, a następnie wypełniana przez lekarza na kolejnych etapach leczenia.



KARTA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest drukowana na papierze w formacie A4, może być drukowana dwustronnie.

AA. IDENTYFIKACJA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A1. Unikalny numer identyfikacyjny (nadawany automatycznie) | (unikalny numer identyfikacyjny w postaci kodu kreskowego)

AB. WYDANIE KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A2. Data rozpoczęcia | A3. Wydana w: ○ podstawowej opiece zdrowotnej ○ szpitalu ○ ambulatoryjnej opiece specjalistycznej ○ szpitalu – leczenie onkologiczne rozpoczęte przed dniem 1 stycznia 2015 r.

AB.1. LEKARZ WYDAJĄCY KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A4. Imię | A5. Nazwisko | A6. Numer prawa wykonywania zawodu oraz pieczęć

AB.2. ŚWIADCZENIODAWCA, U KTÓREGO WYDANO KARTĘ DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A7. Nazwa świadczeniodawcy

A8. Adres świadczeniodawcy

AC. INFORMACJE O POSIADACZU KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

AC.1. DANE PACJENTA

W polu A10, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, wpisuje się rodzaj i numer dokumentu (potwierdzającego tożsamość. W przypadku noworodków w polu A11 należy wpisać numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz zaznaczyć (tak) A12. Pole A13 należy wypełnić w przypadku ciąży mnogiej. Noworodkom należy przypisać dotychczas ciążę wskazującą na kolejność rodzenia się.

A9. Nazwisko | A10. Imię (imiona)

A11. Numer PESEL albo rodzaj i numer dokumentu (potwierdzającego tożsamość | A12. Wnioskowano noworodkowi

A13. Numer kolejny noworodka | A14. Data urodzenia | A15. Płeć

A16. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość)

AC.2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ALBO OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

(w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.))

Dane wymagane w przypadku osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody.

A17. Nazwisko | A18. Imię (imiona)

A19. Adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość)

AD. POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KARTY DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

A20. Data i podpis świadczeniodawcy karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, a w przypadku noworodka – jednego z rodziców lub opiekuna prawnego

Karta zawiera m.in.:

- Diagnozę i określenie stopnia zaawansowania choroby
- Listę wykonanych badań
- Plan leczenia

Najszersze uprawnienia do wydania Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego ma **lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)**, który może wydać Kartę, gdy **podejrzewa** u pacjenta nowotwór złośliwy. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie musi więc sformułować ostatecznej diagnozy, by skierować pacjenta na szybką ścieżkę diagnostyki i leczenia. Wystarczy tylko podejrzenie o informacje z wywiadu z pacjentem oraz dotychczas przeprowadzone badania wstępne.

Lekarz POZ ma prawo do wydawania KDiLO pod warunkiem, że ustalony dla niego indywidualny wskaźnik rozpoznawania nowotworów nie jest niższy niż 1/15. Na początku funkcjonowania szybkiej ścieżki onkologicznej prawo do wydania Karty posiada każdy lekarz POZ. Po wydaniu przez danego lekarza 30 kart, Narodowy Fundusz Zdrowia oblicza jego indywidualny wskaźnik. Jeśli jest on niższy niż wymagany, lekarz jest zobowiązany do wzięcia udziału w specjalnym szkoleniu. Do czasu ukończenia szkolenia lekarz nie może wystawiać Kart. Gdyby to zrobił, NFZ mógłby nałożyć karę.

Kartę może także wydać **lekarz specjalista** w poradni specjalistycznej, **jeśli zdiagnozuje** chorobę nowotworową. Lekarz specjalista ma zatem mniejsze uprawnienia, jeśli chodzi o wydawanie Kart, gdyż jej wydanie musi zostać poprzedzone przeprowadzeniem pełnej diagnostyki na dotychczasowych, „zwykłych" zasadach i stwierdzeniem choroby.

Pacjent może również otrzymać KDiLO **w szpitalu,** gdy w czasie hospitalizacji zostanie u niego zdiagnozowany nowotwór złośliwy. Hospitalizacja nie musi być związana z chorobą nowotworową. Warunkiem wydania karty jest – podobnie jak u lekarza specjalisty - zdiagnozowanie nowotworu.

Mimo, że podczas prywatnej wizyty możemy otrzymać receptę lub skierowanie do szpitala, nie jest ***możliwe wydanie KDiLO w prywatnym gabinecie lekarskim.*** *Każda Karta posiada indywidualny numer przydzielany z puli nadawanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, które są następnie przyporządkowane do poszczególnych lekarzy.*

Z szybkiej ścieżki mogą skorzystać zarówno nowi pacjenci, jak również ci kontynuujący leczenie rozpoczęte przed 1 stycznia 2015 roku. W tym drugim przypadku Kartę wystawia lekarz prowadzący leczenie w szpitalu. Pozwoli to pacjentowi płynnie przejść do nowego systemu opieki nad pacjentami onkologicznymi.

WAŻNE!

Placówka zdrowotna, która sporządza dokumentację medyczną dotyczącą diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, ma obowiązek sporządzić i **NIEODPŁATNIE** przekazać pacjentowi posiadającemu KDiLO kopię tej dokumentacji. Za wykonanie kopii nie jest pobierana opłata. Wydana nieodpłatnie kopia dokumentacji stanowi załącznik do dokumentacji medycznej pacjenta. Trzeba pamiętać, że prawo to jest ograniczone do dokumentacji dotyczącej diagnostyki i leczenia onkologicznego. Nie można na tej podstawie żądać wydania całości dokumentacji niezwiązanej z tym leczeniem i diagnostyką.

Karta zastępuje skierowanie oraz dokumentuje jednocześnie cały proces diagnostyki i leczenia, aż do momentu powrotu pacjenta do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, po zakończeniu leczenia.

Pacjent zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, u którego świadczenia te będą udzielane.

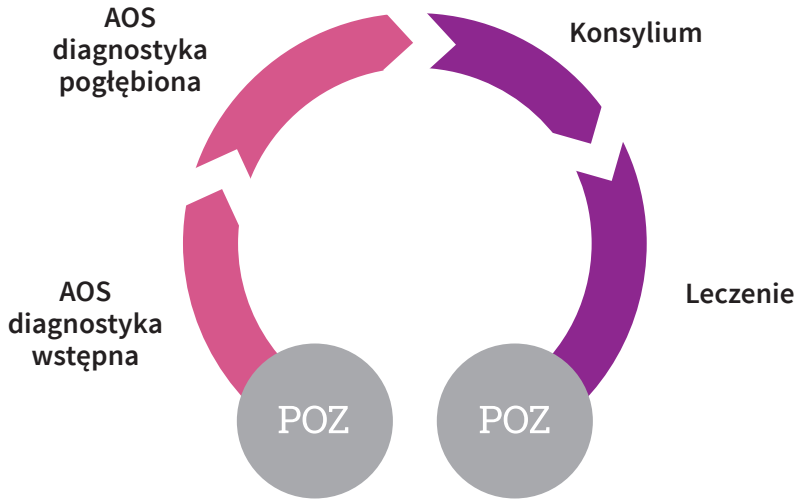
W przypadku konieczności zmiany świadczeniodawcy Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego jest wydawana pacjentowi. Gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego lub gdy zakończono leczenie onkologiczne, pacjent pozostawia KDiLO u świadczeniodawcy, który wykonywał diagnostykę lub zakończył leczenie. Następnie KDiLO wraz z kopią dokumentacji medycznej jest przekazywana lekarzowi POZ. Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej.

Szybka terapia onkologiczna to trzy etapy:

1 szybka diagnostyka

2 szybkie leczenie

2 skoordynowana opieka długofalowa po zakończonej terapii



Jak to wygląda w praktyce?

Lekarz rodzinny

- **Wstępna diagnostyka i szybka decyzja**
- Pacjent zgłasza się do lekarza rodzinnego, który określa, czy wizyta u lekarza secjalisty jest konieczna
- W przypadku podejrzenia nowotworu pacjent otrzymuje kartę pacjenta onkologicznego uprawniającego go do leczenia bez limitów w określonych terminach

Lekarz specjalista

- **Potwierdzenie nowotworu i pogłębiona diagnostyka**
- Wczesna diagnostyka - potwierdzenie bądź wykluczenie nowotworu
- Diagnostyka pogłębiona - określenie rodzaju wykrytego nowotworu i stopnia jego zaawansowania

Sieć diagnostyczno-terapeutyczna

- **Kompleksowa opieka i szybka terapia**
- Skierowanie pacjenta na konsylium (miejsce leczenia zależy od pacjenta)
- Pacjent prowadzony jest przez koordynatora od początku do zakończenia leczenia.

Monitoring po zakończeniu terapii

- Po zakończeniu leczenia koordynator przekazuje pacjenta pod opiekę specjalisty odpowiedzialnego za wstępną diagnostykę. Jeżeli stan zdrowia jest stabilny, pacjent kierowany jest do lekarza rodzinnego

Odrębna kolejka dla pacjentów posiadających Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego

Pacjenci nowi z podejrzeniem nowotworu złośliwego oraz Kartą Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego oraz pacjenci nowi z rozpoznaniem nowotworu złośliwego skierowani do leczenia z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego są wpisywani na oddzielną listę oczekujących – dla pacjentów onkologicznych.

Na liście pacjenci korzystający z szybkiej ścieżki onkologicznej umieszczani są według następujących kryteriów:

- stanu zdrowia pacjenta
- rokowania co do dalszego przebiegu nowotworu
- chorób współistniejących mających wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie
- zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności

Szybka ścieżka onkologiczna zaczyna się od wstępnej a potem pogłębionej diagnostyki onkologicznej.

Wstępna diagnostyka onkologiczna – świadczenie to składa się z badań diagnostycznych, które mają na celu wstępne rozpoznanie nowotworu bądź jego wykluczenie

Pogłębiona diagnostyka onkologiczna – świadczenie to składa się z zestawu badań diagnostycznych wykonanych u chorego, u którego potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego, mających na celu szczegółowe zróżnicowanie (w szczególności typu histopatologicznego) nowotworu oraz ocenę zaawansowania stanu chorobowego, umożliwiającego ustalenie zindywidualizowanego planu leczenia

Istotną zmianą, która została wprowadzona przez pakiet onkologiczny jest czas. Pacjent, który otrzyma Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, powinien zgłosić się do lekarza specjalisty. Od momentu wpisania pacjenta na listę osób oczekujących na konsultację specjalisty, do postawienia diagnozy nie powinno minąć więcej niż 9 tygodni.

Pierwsze 5 tygodni
- diagnostyka wstępna

- oczekiwanie na wizytę u lekarza specjalisty (maksymalnie 2 tygodnie)
- wykonanie badań zleconych przez lekarza specjalistę w ramach diagnostyki wstępnej (na podstawie tych badań lekarz potwierdza lub wyklucza nowotwór u pacjenta)

Kolejne 4 tygodnie
- diagnostyka pogłębiona

- wykonanie badań zleconych przez lekarza specjalistę w ramach diagnostyki pogłębionej (na podstawie wyników lekarz określa stopień zaawansowania choroby)
- Po wykonaniu diagnostyki pogłębionej pacjent kierowany jest na leczenie.

W pakiecie onkologicznym przyjęto, że w kolejnych latach czas oczekiwania w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej będzie się zmniejszał. W 2016 r. będzie to 8, a w 2017 – ***7 tygodni.***

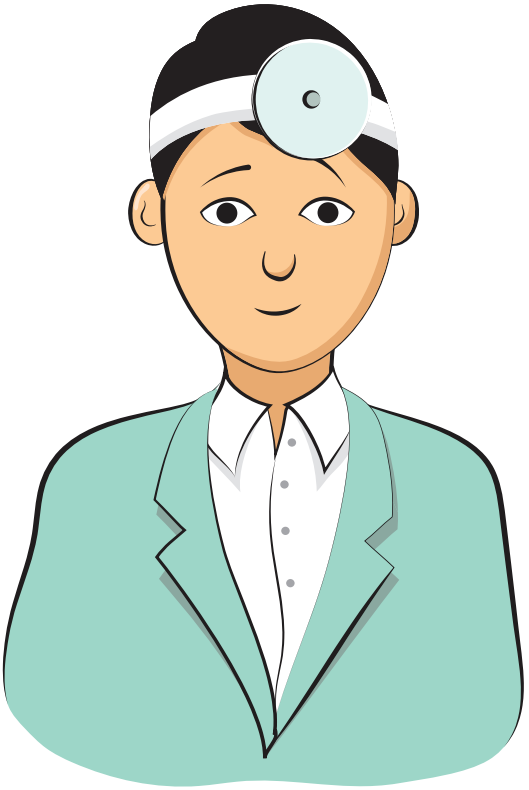
Gdy stan zdrowia pacjenta wymaga wykonywania np. radioterapii, a nie jest konieczne całodobowe przebywanie pacjenta w szpitalu, szpital powinien na jego wniosek zapewnić mu bezpłatnie pobyt w hotelu, zamiast na sali szpitalnej oraz bezpłatny transport z miejsca zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń.

Szybką terapię onkologiczną realizują ośrodki, które gwarantują kompleksową opiekę medyczną wysokiej jakości oraz przestrzegają ustalonych terminów diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ośrodki te zobowiązane są do umieszczenia poniższego logo:

SZYBKA TERAPIA ONKOLOGICZNA

Praktyki POZ i placówki posiadające prawo wydawania KDiLO powinny być oznaczone logo Szybkiej Terapii Onkologicznej. Szczegółowe informacje o szybkiej terapii onkologicznej, znajdują się na portalu uruchomionym przez Ministerstwo Zdrowia: pakietonkologiczny.gov.pl

6. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)



Zasłyszane:

- No to ja, widzisz Franek, idę do tej poradni, siedzę i czekam od rana i, widzisz Franek, oni mi po trzech godzinach mówią, że bez skierowania to mnie nie przyjmą!

Zasłyszane:

Na kiedy mogę się zapisać do okulisty?
Dopiero za cztery lata…
Rano czy po południu?
Dopiero za 4 lata więc po co Pan pyta czy rano czy po południu?
Bo za cztery lata rano mam wizytę u ortopedy.

Do poradni specjalistycznych kolejki są najdłuższe. Dlatego też dobrze jest znać zasady przyjmowania pacjentów w placówkach AOS – wiedza może sprawić, że będziemy na poradę, badanie czy zabieg czekać krócej.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są udzielane w poradniach specjalistycznych lub w innych placówkach lecznictwa ambulatoryjnego przez lekarza specjalistę. Pacjenci przyjmowani są do poradni specjalistycznych na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ. Pacjenci w stanie wymagającym natychmiastowej pomocy specjalistycznej powinni być przyjmowani w trybie natychmiastowym.

Świadczenia realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podobnie jak w lecznictwie szpitalnym kwalifikowane są do tzw. jednorodnych grup pacjentów (JGP) i na tej podstawie finansowane i rozliczane. Metodologia oparta jest na grupowaniu przypadków podobnych do siebie pod względem problemu zdrowotnego. Wyróżnia się grupy zachowawcze i grupy zabiegowe. Grupy zabiegowe zawierają m.in. procedury medyczne, które dawniej były dostępne tylko w szpitalnictwie, a których wykonanie jest możliwe w ambulatoryjnych gabinetach zabiegowych. W ramach świadczeń zachowawczych wykonywane są badania lekarskie, udzielane albo zlecane są niezbędne świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne, ordynowane są niezbędne leki.

Świadczenia zachowawcze dla pacjentów AOS obejmują następujące typy porad:

- pohospitalizacyjną - w ramach tej porady pacjent, który był leczony w szpitalu, może w ciągu trzydziestu dni od pobytu w oddziale udać się do lekarzy, którzy zajmowali się nim podczas hospitalizacji;

- specjalistyczną pierwszorazową – jest to świadczenie wykonane na rzecz pacjenta pierwszorazowego, obejmuje ono podjęcie decyzji diagnostycznej, podjęcie decyzji terapeutycznej, wskazanie dalszego trybu opieki w odniesieniu do podjętej decyzji, może to być dalsze leczenie w POZ lub pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej, skierowanie do szpitala, skierowanie do innego lekarza specjalisty lub zakończenie leczenia szpitalnego. Na zakończenie tej porady lekarz specjalista przekazuje informację dla lekarza kierującego/POZ – wypełnia druk dotyczący ustalonego rozpoznania, wykonanych badań oraz dalszego postępowania;

• specjalistyczną – jest to porada, z której po raz kolejny korzysta pacjent z wcześniej rozpoznanym schorzeniem;

• specjalistyczną zabiegową – jest to świadczenie, w ramach którego wykonuje się procedurę zabiegową w celach diagnostycznych lub terapeutycznych;

• specjalistyczną receptową - lekarz bez dokonania osobistego badania pacjenta, może wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta, odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. Porada recepturowa finansowana przez NFZ powinna odbywać się nie częściej niż co 90 dni, w odstępie dłuższym niż 14 dni, w stosunku do innych typów porad.

Recepty

Jeśli lekarz zapisał na jednej recepcie więcej niż jeden lek, terminy realizacji liczą się osobno dla każdego z nich.

Inaczej niż w przypadku skierowań, recepta w każdym przypadku musi zostać zrealizowana w określonym czasie, w przeciwnym wypadku traci swoją ważność.

Termin na realizację recepty wynosi 30 dni od daty jej wystawienia, a jeżeli wskazano na niej termin realizacji „od dnia" – 30 dni od tego dnia.

Wyjątki od reguły:

• recepty na antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego (pozajelitowego) są ważne przez 7 dni od daty wystawienia;

• recepty na preparaty immunologiczne, wytwarzane dla indywidualnego pacjenta są ważne 90 dni od daty wystawienia;

• recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzane indywidualnie dla danego pacjenta z zagranicy są ważne 120 dni od daty jej wystawienia;

Na jednej recepcie może zostać przepisanych do maksymalnie 5 różnych produktów (gotowych leków, środków spożywczych, wyrobów medycznych) lub podwójna ilość leku recepturowego. Jeśli lekarz przepisuje środki odurzające lub substancje psychotropowe, na jednej recepcie może zostać przepisany tylko jeden taki lek.

Lekarz uprawniony do wystawiania recept może wystawić:

- receptę na ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego do maksymalnie 120-dniowego okresu stosowania;
- do 12 recept na następujące po sobie okresy stosowania, nieprzekraczające łącznie 360 dni stosowania, z zastrzeżeniem, że na jednej recepcie nie można przepisać leku, na więcej niż 120 dni stosowania;
- receptę na podwójną ilość leku recepturowego;
- do 16 recept na wykonywane w aptece leki recepturowe w postaci maści, kremów,

maziedeł, past albo żeli do stosowania na skórę, niezbędnych pacjentowi do maksymalnie łącznie 120-dniowego okresu stosowania;

- do 6 recept na środki antykoncepcyjne na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 6-miesięcznego stosowania.

Lekarz specjalista może skierować pacjenta na wszystkie badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby i prowadzenia terapii. Koszty wykonanych badań, jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych, w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ponosi świadczeniodawca, czyli poradnia, w której leczy się pacjent na podstawie kontraktu z NFZ.

Lekarz wydając skierowanie na te badania informuje jednocześnie pacjenta, gdzie należy je wykonać.

Wyjątkiem są świadczenia odrębnie kontraktowane oraz badania określone w katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK).

Należą do nich m.in. takie badania:

- tomografia komputerowa różnych okolic anatomicznych, np. głowy, klatki piersiowej;
- rezonans magnetyczny różnych okolic anatomicznych;
- scyntygrafia tarczycy.

Pacjent może wykonać powyższe badania w dowolnie wybranej przez siebie pracowni, czy zakładzie diagnostycznym, który ma podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Po przeprowadzeniu diagnostyki i ustaleniu rozpoznania lekarz specjalista może zalecić terapię. Kontynuacja terapii zaleconej w AOS, może być realizowana w POZ. Lekarz POZ może wystawiać pacjentowi recepty na leki, które zastosował lekarz w poradni specjalistycznej, jeżeli otrzyma wydaną przez lekarza specjalistę informację – o rozpoznaniu, sposobie leczenia, ordynowanych lekach (m.in. o okresie ich stosowania oraz dawkowaniu). Taką informację lekarz specjalista jest zobowiązany wydać pacjentowi z chorobą przewlekłą raz do roku.

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

Do następujących lekarzy specjalistów nie jest potrzebne skierowanie:

- ginekologa i położnika,
- onkologa,
- psychiatry,
- stomatologa,
- wenerologa.

Bez skierowania są przyjmowane następujące grupy pacjentów:

- inwalidzi wojenni,
- osoby represjonowane,
- kombatanci,
- niewidome cywilne ofiary działań wojennych,
- chorzy na gruźlicę,
- zakażeni wirusem HIV,
- w zakresie badań dawców narządów,
- uzależnieni od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie lecznictwa odwykowego,
- uprawnieni (żołnierze lub pracownicy) – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych w czasie wykonywania zadań poza granicami państwa.

Ważność skierowania

Zazwyczaj skierowanie jest ważne tak długo, jak długo istnieją przesłanki medyczne wskazujące na potrzebę podjęcia leczenia lub wykonania badań. Skierowanie zachowuje ważność do czasu jego realizacji.

Wyjątki:

- skierowanie na leczenie uzdrowiskowe, które jest ważne 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia;
- skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną, które traci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia;
- skierowanie do szpitala psychiatrycznego, którego ważność wygasa po upływie 14 dni.

Od stycznia 2015 roku wymagane jest dostarczenie oryginału skierowania w terminie 14 dni od daty wpisania na listę oczekujących. Pacjent, który nie dostarczy skierowania w terminie, zostaje skreślony z listy.

WAŻNE!

- Dopóki chory jest pod opieką poradni specjalistycznej wszystkie badania konieczne dla monitorowania przebiegu leczenia musi mieć zlecone przez lekarza specjalistę z tej placówki. Niedopuszczalne jest odsyłanie pacjenta po skierowania na badania do lekarza rodzinnego.
- Jeśli lekarz z poradni specjalistycznej podejrzewa inną chorobę wymagającą konsultacji innego specjalisty ma obowiązek od razu wystawić stosowne
- skierowanie do innej poradni specjalistycznej na konieczne badania.
- Podczas wizyty pacjent powinien zostać zapisany na termin kolejnej wizyty u specjalisty, jeżeli jest ona potrzebna.
- Pacjent zgłasza się do poradni ze skierowaniem i badaniami wykonanymi przez lekarza kierującego i to jest jedyny warunek zarejestrowania.
- Niedopuszczalne jest wydawanie pacjentom w rejestracji „karteczek" ze spisem wymaganych przy przyjęciu badań oraz z terminem ich ważności np. 2 tygodnie.
- W przypadku, kiedy pacjent poradni specjalistycznej wymaga kontroli i ma wyznaczoną wizytę, i nie może z przyczyn zdrowotnych sam dotrzeć do gabinetu, musi otrzymać od lekarza specjalisty zlecenie na transport.
- Niedopuszczalne jest odsyłanie pacjenta w tym celu do POZ.
- Na podstawie jednego skierowania na określone leczenie można wpisać się wyłącznie na jedną listę oczekujących.

Uwaga!

Niedopuszczalna jest także praktyka odsyłania pacjentów z powodu wadliwości skierowania.

Niedopuszczalne jest odsyłanie chorego do lekarza rodzinnego aby wystawił potrzebne skierowanie.

Pacjent powinien dostarczyć prawidłowe skierowanie w terminie 14 dni.

Niedopuszczalne jest organizowanie zapisów pacjentów na wizytę do specjalisty przez rejestrację raz na miesiąc/kwartał/ pół roku itp.

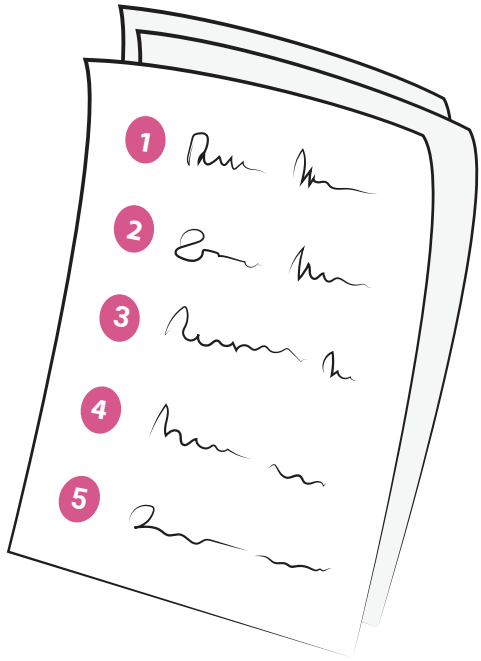
Od 1 stycznia 2015 roku u chorych, u których podejrzewa się chorobę nowotworową można realizować diagnostyczny pakiet onkologiczny. Jest to zestaw badań diagnostycznych, które powinny być wykonane u pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego. Więcej o tzw. szybkiej ścieżce onkologicznej w poświęconym temu rozdziale.

7. Zasady zapisywania na listę oczekujących do lekarzy specjalistów, na badania lub zabiegi szpitalne

W publicznych systemach ochrony zdrowia kolejki istnieją wszędzie, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach. Ich powodem jest większe zapotrzebowanie na świadczenia niż możliwość ich finansowania.

Jeżeli świadczenie medyczne nie może być udzielone od razu w przychodni specjalistycznej czy szpitalu, świadczeniodawca ma obowiązek wpisać pacjenta na listę oczekujących. Świadczenia udzielane są według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez placówkę.

Zgłoszenia na listę oczekujących dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez daną placówkę.



Ważne!

Na liście oczekujących nie umieszcza się pacjentów, którzy kontynuują leczenie u danego świadczeniodawcy. Jeśli pacjent nie korzysta ze świadczeń w danym zakresie dłużej niż 730 dni, staje się pacjentem „pierwszorazowym".

Czas oczekiwania na badania, wizyty lub zabiegi można sprawdzić w portalu prowadzonym przez NFZ – Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne https://kolej-ki.nfz.gov.pl/.

Placówka medyczna:

- ustala kolejność udzielania świadczeń na podstawie zgłoszeń,
- informuje pisemnie pacjenta o zakwalifikowaniu (przypadek pilny lub stabilny) i terminie udzielenia świadczenia,
- wpisuje dane: numer kolejny, datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko pacjenta, numer PESEL, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres pacjenta, numer telefonu, termin udzielenia świadczenia,
- wpisuje datę i przyczynę skreślenia z listy oczekujących,
- dołącza do prowadzonej listy oczekujących oryginał skierowania przedstawiony przez pacjenta (w sytuacji jeśli świadczenia będą udzielone na podstawie skierowania),

Przed zapisaniem pacjenta do kolejki na wizytę, badanie albo zabieg, pracownik placówki powinien określić, czy stan wymaga pilnego leczenia i zakwalifikować go do odpowiedniej, grupy oczekujących:

- **przypadek pilny - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. Przypadek pilny trzeba odróżnić od stanu nagłego – ten drugi wiąże się z koniecznością natychmiastowego udzielenia świadczenia.**
- **przypadek stabilny -** jeżeli pacjent nie jest w stanie nagłym i nie kwalifikuje się do kategorii przypadek pilny.

Jeśli wskutek rezygnacji pacjent zostanie skreślony z listy oczekujących, świadczeniodawca zwraca pacjentowi oryginał skierowania. Pacjent może wtedy zapisać się do innego świadczeniodawcy, do którego kolejka jest krótsza.

W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin wizyty w poradni lub szpitalu, pacjent zostaje skreślony z listy oczekujących. Warunkiem przywrócenia do kolejki jest wykazanie, że nastąpiły wyjątkowe okoliczności, które w ustawie zostały określone jako „siła wyższa". Należy przez to rozumieć naprawdę wyjątkowe sytuacje takie jak powódź czy inne nadzwyczajne zdarzenia uniemożliwiające dotarcie na umówiony termin.

Pacjent może wystąpić z wnioskiem o przywrócenie na listę oczekujących, jednak wniosek ten należy zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony uprzednio termin.

Moja przychodnia została zamknięta. Co robić?

W sytuacji, gdy dana placówka zakończy swoją działalność, pacjent może wpisać się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy, który realizuje umowę w danym zakresie.

Placówka medyczna, która zakończyła wykonywanie umowy, jest zobowiązana do wydania pacjentowi zaświadczenia o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się pacjenta oraz załączyć oryginał skierowania.
UWAGA! Za wydanie zaświadczenia pacjent nie ponosi opłaty.

Kolejna placówka medyczna, do której zgłosi się pacjent, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia się do placówki, która zakończyła swoją działalność.

W przypadku zakończenia działalności danej placówki medycznej, Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu informuje pacjentów wpisanych na listy oczekujących, o innych miejscach w których jest możliwa realizacja danego świadczenia (wraz z podaniem pierwszego wolnego terminu).

Zgodnie z ustawą NFZ informuje w każdy dostępny sposób (głównie poprzez swoją stronę internetową) o możliwości skorzystania ze świadczeń oraz o pierwszych wolnych terminach (informator na stronie internetowej: kolejki.nfz.gov.pl).

Kolejka u chorych z podejrzeniem choroby nowotworowej.

Od 1 stycznia 2015 roku pacjenci posiadający Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego są uprawnieni do diagnostyki i leczenia w ramach tzw. szybkiej ścieżki, w ramach której obowiązuje odrębna kolejka. Więcej na ten temat w rozdziale poświęconym Szybkiej Terapii Onkologicznej.

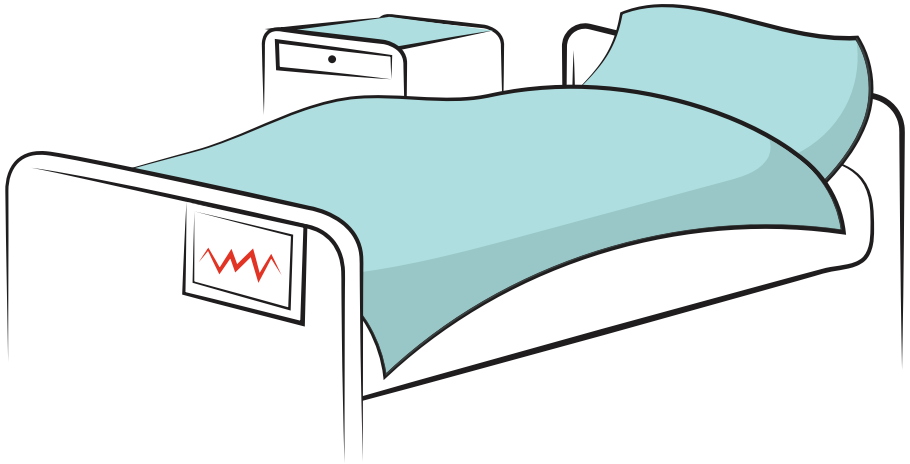
Dlaczego kolejki do specjalistów są takie długie?

Główną przyczyną jest ograniczona liczba świadczeń, które są finansowane ze środków NFZ. Liczbę tych świadczeń określa się na dany rok i świadczeniodawcy są zobowiązani przez cały rok ich udzielać. W efekcie, w określonym czasie, np. w ciągu miesiąca mogą udzielić tylko określonej liczby świadczeń. Jeżeli potrzebujących jest więcej i nie wymagają oni natychmiastowej pomocy, muszą oczekiwać w kolejce. W przypadku niektórych świadczeń czas oczekiwania może być bardzo długi.
Od 2015 roku wprowadzono ograniczenia w postaci elektronicznego monitoringu. Osoba, która zapisała się do kilku poradni jest wykreślana ze wszystkich terminów z wyjątkiem ostatniego. Zgodnie z obecnym brzmieniem ustawy, pacjent jest zobowiązany dostarczyć do placówki oryginał skierowania nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących.
Nie bez winy są ci pacjenci, którzy nie odwołują swoich wizyt, jeśli nie mogą na nie przyjść lub zapominają o nich. Odwołania wizyt może dokonać również rodzina, znajomi lub sąsiedzi.

> **Pacjencie, jeżeli nie możesz przyjść na umówioną wizytę lub miałeś udzielone świadczenie gdzie indziej, poinformuj o tym jak najwcześniej świadczeniodawców, u których jesteś wpisany na listy oczekujących.**

Największe kolejki, a więc największa nierównowaga i niedofinansowanie, dotyczy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Żeby ominąć kolejki pacjenci szukają „dojść" do świadczeń szpitalnych i szybkiej diagnostyki, którą można wykonać podczas kilkudniowego pobytu w szpitalu lub leczą się prywatnie, pokrywając koszty tego leczenia. Według badań Diagnoza społeczna 2013 na świadczenia i badania specjalistyczne Polacy wydali w 2012 roku 12,5 mld zł. NFZ w tym samym roku kupił w AOS świadczenia za 5 mld zł. Oznacza to, że pacjenci pokrywają z własnej kieszeni większość kosztów opieki specjalistycznej. Za opiekę specjalistyczną pacjenci płacą ponad 70% z własnej kieszeni. To poziom współpłacenia wyższy nawet od tego, który pacjenci znają z dopłat do leków.

8. Lecznictwo zamknięte, czyli leczenie szpitalne



W przypadku nagłym lub pilnym chory może zostać przewieziony do szpitala przez pogotowie ratunkowe, albo przez transport sanitarny na zlecenie lekarza rodzinnego lub specjalisty. W pozostałych przypadkach (leczenie planowe) pacjent otrzymuje skierowanie od lekarza rodzinnego lub specjalisty i udaje się do izby przyjęć celem zapisania w kolejkę na zabieg lub leczenie w warunkach szpitalnych.

Jeżeli pacjent trafił do szpitala w stanie nagłym lub gdy stan zdrowia pacjenta nie pozwala na złożenie oświadczenia o posiadaniu ubezpieczenia, a szpital nie jest w stanie zweryfikować jego uprawnień do leczenia w żaden inny sposób, pacjent może przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń (albo złożyć oświadczenie) w ciągu 7 dni od zakończenia leczenia w szpitalu

Pacjent ma prawo wyboru szpitala, który ma podpisaną umowę z NFZ i może wybrać dowolną placówkę na terenie całej Polski. Nie ma potrzeby, aby szpital wysyłał ponownie chorego do lekarza POZ, aby ten wypisał skierowanie do poradni specjalistycznej (najczęściej chirurgicznej) po leczeniu szpitalnym. Również wszystkie badania konieczne do zabiegu lub innej formy leczenia, muszą być wykonane w laboratorium szpitalnym. Niedopuszczalne jest kierowanie po nie pacjenta do lekarza POZ i uzależnianie przyjęcia do szpitala od dostarczenia wyników tych badań. Również lekarz leczący pacjenta w szpitalu wystawia przy wypisie wszelkie skierowania na leczenie specjalistyczne, rehabilitację, transport, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, pieluchomajtki czy środki pomocnicze.

Po zakończeniu leczenia chory otrzymuje kartę informacyjną z zaleceniami. Jeśli w tych zaleceniach jest zapisana konieczność zgłoszenia się ponownie w celu dokończenia diagnostyki, takie skierowanie pacjent powinien otrzymać w dniu wypisu. Niedopuszczalne jest odsyłanie chorego po ponowne skierowanie do lekarza rodzinnego.

WAŻNE!

Podczas pobytu chorego w szpitalu lekarz z poradni (POZ, czy AOS) nie ma prawa wystawić recepty na leki stale przyjmowane przez chorego, ani na inne środki np. pampersy, czy materac przeciwodleżynowy, które będą używane podczas pobytu w szpitalu. Wszystko to ma zapewnić pacjentowi szpital. Obecnie jest to ściśle kontrolowane przez system elektroniczny NFZ i identyfikowane jako tzw. koincydencje świadczeń. Szpitalowi grozi w takich sytuacjach kara umowna.

Nierzadką praktyką jest odsyłanie osób zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego po wykonanie badań przed przyjęciem. Te badania ma obowiązek wykonać szpital, który będzie prowadzić leczenie.

Naczelna zasada we wszystkich formach leczenia – ten zleca badania, komu są one potrzebne do diagnozy i monitorowania leczenia! I jeszcze jedna ważna informacja: KAŻDY lekarz w Polsce, niezależnie od tego gdzie pracuje, może skierować swojego pacjenta do szpitala, bez ponoszenia kosztów przez chorego. Dotyczy to także gabinetów prywatnych. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielne pacjentowi bez skierowania!

9. Opieka długoterminowa i paliatywna

Opieka długoterminowa dotyczy chorych, którzy nie są w stanie samodzielnie wykonywać czynności samoobsługowych, ze względu na istnienie choroby o charakterze przewlekłym lub w związku z upośledzeniem sprawności fizycznej lub psychicznej. Są to chorzy, którzy przebyli leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego i nie wymagają już dalszego pobytu w szpitalu.

Prawo do decydowania o leczeniu pełnoletniego i nieubezwłasnowol-nionego pacjenta nie przysługuje rodzinie. Decyzje w tych sprawach podejmuje sąd według specjalnej procedury.

Zakład opiekuńczo – leczniczy (ZOL) i pielęgnacyjno – opiekuńczy (ZPO) to formy stacjonarnej opieki długoterminowej, obejmujące całodobową opieką osoby, które nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ich stan zdrowia nie pozwala im na przebywanie w warunkach domowych. W przypadku placówek posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, za pobyt w ZOL pobierana jest opłata wysokości 70% renty bądź emerytury.

W praktyce często zdarza się, że osoby przebywające w szpitalu są przenoszone do ZOL. Następuje to za zgodą samego pacjenta, a gdy nie jest on w stanie świadomie wyrazić woli – na podstawie zgody sądu opiekuńczego.

Przeciwwskazaniami do pobytu w ZOL/ZPO są terminalna faza choroby nowotworowej (wskazana jest opieka hospicyjna) i ostra faza choroby psychicznej (ostre psychozy, schizofrenia, cyklofrenia – wskazany jest pobyt na oddziale psychiatrycznym). ZOL/ZPO nie jest domem pomocy społecznej i nie mogą tam trafiać osoby, u których jedynym wskazaniem do objęcia opieką jest sytuacja socjalna.

Opieka paliatywna i hospicyjna to wszechstronna, całościowa opieka nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu uśmierzanie bólu oraz innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmują również wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby jak i w okresie osierocenia i żałoby. Opieka paliatywna i hospicyjna realizowana jest w jednostkach opieki paliatywnej oraz przez hospicja. Pacjent i rodzina nie ponoszą żadnych kosztów za świadczenia zdrowotne udzielane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Opieką paliatywną i hospicyjną obejmowani są zarówno pacjenci dorośli jak i dzieci. NFZ finansuje świadczenia z w/w zakresu dla osób dorosłych, będących w schyłkowym okresie życia z powodu nowotworów, zakażeń ośrodkowego układu nerwowego wywołanych wirusami powolnymi, chorób wywołanych przez wirus HIV, kardiomiopatii, układowych zaników pierwotnych zajmujących ośrodkowy układ nerwowy, np. stwardnienie zanikowe boczne, zaawansowana niewydolność oddechowa, owrzodzenia odleżynowe.

Formy opieki paliatywnej i hospicyjnej to:

- hospicjum domowe dla dorosłych,
- hospicjum domowe dla dzieci,
- poradnia medycyny paliatywnej,
- oddział medycyny paliatywnej
- / hospicjum stacjonarne.

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

Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielane są w warunkach:

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

Aby pacjent mógł zostać objęty opieką paliatywną i hospicyjną konieczne jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Pacjent, jego rodzina lub opiekun powinien wyrazić zgodę na piśmie. W przypadku dzieci wymagana jest zgoda rodziców lub opiekunów prawnych (po 16. roku życia, także chorego dziecka).

10. Opieka stomatologiczna

Pacjentowi przysługują bezpłatnie gwarantowane świadczenia stomatologiczne z użyciem gwarantowanych materiałów stomatologicznych - ich wykaz określa minister zdrowia w rozporządzeniu. Niestety, zdecydowana większość zabiegów nie jest objęta ubezpieczeniem.

Kiedy wiemy już, jakie usługi stomatologiczne przysługują nam w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, warto dowiedzieć się także, gdzie i na jakich zasadach możemy z nich skorzystać. Zabiegi w ramach podstawowej opieki stomatologicznej możemy przeprowadzić w każdym gabinecie stomatologicznym czy przychodni na terenie kraju, która ma podpisany kontrakt z NFZ. Lekarz dentysta przyjmie nas bez skierowania, a w przypadku gdy zgłosimy się do gabinetu z bólem zęba, mamy prawo oczekiwać przyjęcia w najkrótszym możliwym czasie – zazwyczaj jeszcze tego samego dnia.

Aż 92 proc. Polskich nastolatków cierpi z powodu próchnicy, zaś odsetek bezzębności wśród dorosłych rośnie – wynika to z raportu Najwyższej Izby Kontroli (NIK).

Pacjentom przysługują m.in.:

- badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej 1 x w roku;
- badanie lekarskie kontrolne, a więc porady, wystawienie recepty (3x w roku), za wyjątkiem kobiet w ciąży i połogu gdzie świadczenie udzielane jest nie częściej niż 1x na kwartał;
- leczenie próchnicy zębów;
- usunięcie złogów nazębnych 1 x w roku;
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej;
- usunięcie zęba oraz niektóre zabiegi chirurgiczne;
- zdjęcia rentgenowskie wewnątrzustne w razie potrzeby (nie więcej niż 2 x w roku);
- znieczulenie w razie potrzeby.

W ramach bezpłatnych świadczeń pacjentowi przysługuje także leczenie protetyczne. Pacjent ma prawo do leczenia z zastosowaniem protez akrylowych w szczęce i żuchwie raz na 5 lat. Pacjentowi przysługuje także prawo do bezpłatnej naprawy protezy raz na 2 lata.

Gwarantowane leczenie ortodontyczne wad zgryzu
W ramach gwarantowanego leczenia ortodontycznego wad zgryzu pacjentowi m.in. przysługuje:

- leczenie z zastosowaniem aparatu ruchomego – do ukończenia 12. roku życia;
- kontrola przebiegu leczenia z aparatem ruchomym (w przypadku aparatu wykonanego w ramach świadczeń gwarantowanych - do ukończenia 13. roku życia;
- zdjęcie pantomograficzne – jeden raz w trakcie całego leczenia ortodontycznego; zdjęcie pantomograficzne z opisem – dwa razy w trakcie całego leczenia ortodontycznego (w uzasadnionym przypadku) w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi;
- naprawa aparatu jeden raz w roku kalendarzowym – do ukończenia 13. roku życia (nie przysługuje naprawa aparatu uszkodzonego z powodu nieprawidłowego użytkowania);
- korekcyjne szlifowanie zębów do ukończenia 18 roku życia;
- proteza dziecięca częściowa i całkowita do ukończenia 18. roku życia.

11. Rehabilitacja

NFZ sfinansuje do 5 (pięciu) zabiegów dziennie w dziesięciodniowym cyklu terapeutycznym.

Jeżeli pacjent wymaga rehabilitacji lub zabiegów fizjoterapeutycznych po przebyciu choroby lub urazu, może skorzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej:

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

Skierowanie do poradni rehabilitacji może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku stwierdzenia przez lekarza specjalistę wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub zaburzeń czynności narządu ruchu, których przyczyną są wady postawy, pacjent może skorzystać z rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych. Skierowanie na zabiegi związane z leczeniem wymienionych schorzeń może wystawić lekarz specjalista (także I stopnia) rehabilitacji ogólnej, medycznej lub narządu ruchu, chirurgii ortopedycznej luburazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii lub w trakcie specjalizacjiz rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

WAŻNE!
Skierowanie na zabiegi straci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w przychodni rehabilitacyjnej w terminie 30 dni od daty wystawienia.

Jeżeli ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się, pacjent nie może dotrzeć do placówki rehabilitacji ambulatoryjnej, może skorzystać z rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych. O konieczności skorzystania z tej formy rehabilitacji leczniczej decyduje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, a informacja o wskazaniach do rehabilitacji domowej musi być zawarta na wystawionym skierowaniu.

WAŻNE!
Każda poradnia, zakład lub przychodnia rehabilitacji, która ma podpisaną umowę na świadczenia ambulatoryjne, ma obowiązek udzielania świadczeń w warunkach domowych (jeżeli istnieje taka konieczność). Pacjentowi przysługuje rehabilitacja trwająca do 80 dni zabiegowych w warunkach domowych w roku kalendarzowym, w trakcie której może być wykonywanych do pięciu zabiegów dziennie.

Jeżeli stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, pacjent może skorzystać z zabiegów rehabilitacji leczniczej w ośrodku lub oddziale dziennym. Są to zabiegi obejmujące kompleksową fizjoterapię narządu ruchu, szczególnie ze wskazań ortopedycznych (po urazach, przebytych operacjach lub przewlekle chorych), a także wskazań neurologicznych, reumatologicznych, kardiologicznych, onkologicznych i pulmonologicznych.

W ramach rehabilitacji w ośrodku dziennym w zależności od schorzenia realizowane są m.in. zabiegi:

- rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego;
- rehabilitacji słuchu i mowy;
- rehabilitacji wzroku;
- rehabilitacji kardiologicznej;
- rehabilitacji pulmonologicznej.

Na ten rodzaj rehabilitacji kierują (w zależności od typu rehabilitacji, wieku pacjenta i jego schorzenia) lekarze POZ, AOS lub lekarze specjaliści z oddziałów szpitalnych.

Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym trwa od 3 do 6 tygodni, w czasie których wykonywanych jest średnio 5 zabiegów dziennie. Czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, słuchu i mowy jak i wzroku wynosi do 120 osobodni w roku kalendarzowym.

Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej ustalany jest indywidualnie przez lekarza ośrodka dziennego i wynosi nie więcej niż 24 dni w ciągu 3 miesięcy. Czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej ustala indywidualnie lekarz ośrodka dziennego. Nie może ona być krótsza niż 14 dni i nie dłuższa niż 24 dni.

Gdy ze względu na kontynuację leczenia pacjent wymaga kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowej opieki medycznej może skorzystać z rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych.

W ramach tego rodzaju świadczenia, w zależności do schorzenia, realizowane są m.in. zabiegi:

- stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej;
- stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej;
- stacjonarnej rehabilitacji pulmonologicznej;
- stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej;

Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej wynosi do 6 tygodni. Czas trwania rehabilitacji neurologicznej zależy od rodzaju prowadzonej rehabilitacji neurologicznej i wynosi od 6 do 16 tygodni.

Czas trwania rehabilitacji pulmonologicznej wynosi do 3 tygodni. Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej wynosi od 2 do 5 tygodni.

Na ten rodzaj rehabilitacji kierują (w zależności od typu rehabilitacji, wieku pacjenta i jego schorzenia) lekarze POZ, AOS lub lekarze specjaliści z oddziałów szpitalnych.

12. Leki

Pacjent może zaopatrzyć się w aptece w lek, do którego dopłaca państwo (lek refundowany), jeśli:

- jest ubezpieczony lub jego uprawnienia do świadczeń wynikają z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- posiada ważną, prawidłowo wystawioną przez lekarza receptę, lekarz, który wystawił receptę jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego lub zarejestrował się w NFZ,

- lek jest refundowany czyli lek znajduje się w Obwieszczeniach refundacyjnych czyli wykazach leków objętych dopłatą z budżetu państwa,

- wydany jest pacjentowi we wskazaniu objętym refundacją.

Pacjent może otrzymać w aptece lek bezpłatnie, za drobną dopłatą wynoszącą 3,20 PLN (w przypadku leków recepturowych ryczałt wynosi 8,80 zł) lub za dopłatą 30% lub 50% ceny leku. Leki refundowane znajdujące się na wykazach refundacyjnych pogrupowane są w grupy o identycznym składzie lub działaniu terapeutycznym czyli w tzw. grupy limitowe. W każdej takiej grupie znajdują się leki droższe i tańsze. Co dwa miesiące Minister Zdrowia publikuje Obwieszczenia z wykazami leków refundowanych. Lekarze wystawiający recepty na leki refundowane muszą się z tymi obwieszczeniami zapoznawać. W obwieszczeniach wskazywany jest lek, który stanowi podstawę limitu refundacji. Oznacza to, że dla tego leku dopłata pacjenta wyniesie 3,20 PLN, 30% lub 50% jego ceny.

Dla pozostałych leków z tej grupy dopłata z budżetu wynosi tyle, ile wyniosła dla leku wyznaczającego limit, a pacjent pokrywa różnicę między wartością dopłaty z NFZ i ceną leku określoną przez producenta. Często oznacza to, że lek objęty dopłatą ryczałtową w praktyce kosztuje więcej. Wysokość dopłaty pacjenta do leku refundowanego określa się jako współpłacenie pacjentów za leki. Wynosi ono ponad 40%, jeśli zsumujemy dopłaty pacjentów do wszystkich leków refundowanych dostępnych w aptece. Oznacza to, że budżet państwa dopłaca pacjentom do leków 60% a resztę pokrywają z własnej kieszeni. To najniższy poziom dopłat z budżetu państwa w krajach europejskich. Polscy pacjenci bardzo dużo dopłacają do leków dostępnych w aptece.

Ceny leków refundowanych są takie same we wszystkich aptekach. Nie musisz szukać tańszego leku odwiedzając kilka aptek. Ceny te mogą się jednak zmieniać co dwa miesiące i co dwa miesiące inny odpowiednik danego leku może być najtańszy.

Aptekarz powinien posiadać w aptece leki, które dla pacjenta w każdej grupie limitowej są najtańsze i powinien poinformować pacjenta, któremu lekarz przepisał droższy lek, że istnieje jego tańszy odpowiednik. Warto przy zakupie leków prosić aptekarza o wydanie najtańszego odpowiednika przepisanego leku. Warto o to samo prosić lekarza w gabinecie. W ten sposób możemy w istotny sposób wpłynąć na zmniejszenie wydatków na leki z naszej kieszeni.

Wykaz leków refundowanych znajduje się pod adresem:
www.mz.gov.pl/leki/refundacja/lista-lekow-refundowanych-obwieszczenia-ministra-zdrowia

Zgodnie z wyrokiem Sądu: lekarz nie mający podpisanej umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki refundowane oraz nie będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, może wystawić receptę na leki refundowane, gdy są one przeznaczone dla pacjenta, który posiada status osoby ubezpieczonej i przysługuje mu między innymi prawo do refundacji leków.

13. Pomoc w nagłych wypadkach. System Ratownictwa Medycznego

Jednostkami systemu ratownictwa medycznego są:

- zespoły ratownictwa medycznego,
- szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)
- lotnicze pogotowie ratunkowe.

Zespoły ratownictwa medycznego realizują zadania polegające na zapewnieniu pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (stan nagły) to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych rozpoczyna się w momencie przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. W przypadku, gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwier-

dzony stan, który wymaga transportu z miejsca zdarzenia do szpitala, zespół ratownictwa medycznego transportuje taką osobę do najbliższego pod względem czasu dotarcia (dojazdu), szpitalnego oddziału ratunkowego lub do izby przyjęć albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Do SOR przywożeni są przez pogotowie ratunkowe lub zgłaszają się ciężko chorzy. Zadaniem SOR jest wykonanie badań oraz podjęcie leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.

SOR-y w Polsce pękają w szwach, tak wiele osób się do nich zgłasza. Większość (ok. 75%) nie potrzebuje pomocy w SOR - ich dolegliwości nie stanowią nagłego zagrożenia dla życia i zdrowia. W SOR i podobnych oddziałach na całym świecie zawsze jest najwięcej dramatycznych sytuacji, stresu, emocji, trzeba działać w pośpiechu a czas, który można poświęcić pacjentowi niebędącemu w stanie nagłego zagrożenia jest bardzo ograniczony. Dlatego, jeżeli nie musimy naprawdę zgłosić się do SOR, korzystajmy z pomocy gdzie indziej, w bardziej spokojnych, normalnych warunkach. Tak jest bezpieczniej dla nas i lepiej dla pacjentów, którzy nagłej pomocy rzeczywiście wymagają.

Jeśli niepokojące dolegliwości trwają od dłuższego czasu, nie pojawiły się nagle, lepiej skorzystać z pomocy lekarza rodzinnego. Jeżeli są one bardzo dokuczliwe lub sądzimy, że wymagają dość pilnej pomocy, poprośmy o przyjęcie w tym samym dniu i nie zgadzajmy się na odsyłanie na kolejny dzień. Jeśli poważne dolegliwości wystąpią nagle, w czasie kiedy przychodnie już są zamknięte (z reguły po godz. 18:00) można skorzystać z nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej – tak będzie spokojniej i najczęściej szybciej, niż w SOR.

Jeśli natomiast wystąpiły następujące objawy:

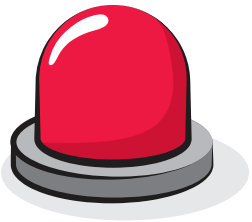
- nagły silny ból w klatce piersiowej,
- nagłe zaburzenia rytmu serca (kołatanie serca),
- nagła duszność,
- nagły silny ból głowy,
- niedowład, zaburzenia czucia, mowy, wzroku,
- napad drgawek,
- nagły silny ból brzucha ,
- krwawienie z przewodu pokarmowego,
- silne krwawienie z dróg rodnych lub dróg moczowych,
- uraz, zatrucie lub inne bardzo niepokojące objawy

dzwonimy na pogotowie ratunkowe (999) lub sami zgłaszamy się do SOR.

Jeśli po przyjeździe pogotowia okaże się, że potrzebne jest wykonanie badań lub leczenie w szpitalu, trafimy do SOR. Karetka pogotowia może zawieźć pacjenta wyłącznie do SOR najbliższego pod względem czasu dotarcia albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora. Pacjent transportowany przez zespół ratownictwa medycznego nie ma w tym wypadku prawa wyboru konkretnego szpitala. Prawo to przysługuje mu natomiast, jeśli do SOR zgłosi się o własnych siłach.

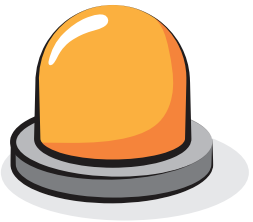
Po wstępnym zbadaniu przez personel pacjenci otrzymują odpowiedni kod pilności.

Nieprawidłową praktyką jest odsyłanie pacjentów do innego SOR lub centrum urazowego bez jego uprzedniego zbadania, a także dzielenie szpitalnych oddziałów ratunkowych na te dla dzieci i te udzielające pomocy wyłącznie dla dorosłych pacjentów.



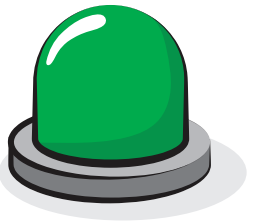
CZERWONY

Jeśli życie jest zagrożone. Takimi pacjentami lekarze zajmują się od razu, ale jeżeli w krótkim czasie do SOR przyjedzie kilku pacjentów wymagających pilnego działania, również oni będą musieli poczekać albo udać się do innego SOR.



ŻÓŁTY

Jeśli problem jest istotny, ale może poczekać - pomoc zostanie udzielona w ciągu kilkunastu do ok. 60 minut.



ZIELONY

Jeśli lekarze pracujący w SOR pomogą wszystkim chorym z kodem czerwonym i żółtym wtedy zajmą się „zielonymi" problemami. Oczekiwanie może potrwać nawet kilka godzin.

Pamiętajmy też, że do większości SOR w Polsce trafia dziennie ponad 100 chorych, do największych szpitali ponad 200. W większości SOR pracuje znacznie mniej personelu niż powinno. Musimy poczekać na swoją kolej, ale jeżeli dolegliwości nasilają się, powiedzmy o tym i stanowczo poprośmy o szybszą pomoc. Pomyślmy też o innych czekających, zwróćmy uwagę, czy ktoś z nich nie zasłabł albo nie ma odwagi powiedzieć, że bardzo źle się czuje czy czegoś potrzebuje. Pomagajmy sobie, bo personel medyczny pracujący w SOR zwykle jest bardzo zajęty.

Świadczenia zdrowotne wykonywane w fazie przedszpitalnej (czyli od wypadku do momentu dowiezienia do szpitala) są finansowane z budżetu państwa. Środkami tymi dysponuje wojewoda. Świadczenia przedszpitalne udzielane przez jednostki lotniczego pogotowia ratunkowego są opłacane przez Ministra Zdrowia. Natomiast koszt udzielania samych świadczeń ratujących życie oraz koszt transportu ponosi NFZ.

13. Leczenie za granicą

W dniu 25 października 2013 roku weszła w życie w Polsce i w całej Unii Europejskiej dyrektywa 2011/24/UE o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Celem Dyrektywy jest zapewnienie zaufania pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej, ale także ulepszenie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w całej Europie. Dyrektywa upraszcza zasady dotyczące korzystania z planowego leczenia w innym kraju UE. Jest obok swobody pracy, uczenia się i zamieszkania kolejną ze swobód przyznanych obywatelom państw Unii Europejskiej. Od 25 października 2013 roku Dyrektywa obowiązuje we wszystkich krajach Unii Europejskiej i daje polskim pacjentom następujące prawa:

W dniu 25 października 2013 roku weszła w życie w Polsce i w całej Unii Europejskiej dyrektywa 2011/24/UE o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Celem Dyrektywy jest zapewnienie zaufania pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej, ale także ulepszenie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w całej Europie. Dyrektywa upraszcza zasady dotyczące korzystania z planowego leczenia w innym kraju UE. Jest obok swobody pracy, uvzenia się i zamieszkania kolejną ze swobód przyznanych obywatelom państw Unii Europejskiej. Od 25 października 2013 roku Dyrektywa obowiązuje we wszystkich krajach Unii Europejskiej i daje polskim pacjentom następujące prawa:

- możemy leczyć się we wszystkich krajach UE nie tylko w nagłych przypadkach i przynajmniej część kosztów poniesie NFZ, o ile potrzebne nam świadczenie znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych;
- nie musimy już czekać na leczenie w kolejce do lekarza czy na badania w Polsce, możemy leczyć się we wszystkich krajach UE;
- musimy jednak za to leczenie zapłacić;
- NFZ powinien zwrócić nam koszty leczenia za granicą – ale tylko tyle ile za koszty badań czy zabiegów płaci lecznicom w Polsce;
- nie musimy uzyskiwać zgody NFZ na leczenie za granicą, jeśli leczenie nie wiąże się z pobytem w szpitalu przez przynajmniej jedną noc i jeśli nie występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej;
- Minister Zdrowia określa wykaz wysokokosztowych procedur, dla których wymagana jest zgoda NFZ;
- możemy więc bez ograniczeń korzystać z pomocy w innych krajach w przypadku porad specjalistycznych, procedur jednodniowych czy badań diagnostycznych a do tych właśnie świadczeń w Polsce kolejki są najdłuższe i to stanowi narastający i od lat nierozwiązany problem w polskiej ochronie zdrowia;
- musi zostać zapewniony dostęp do informacji dotyczących warunków świadczenia usług zdrowotnych w innych państwach członkowskich UE i zwrotu kosztów leczenia po powrocie. Takich informacji mają udzielać Krajowe Punkty Kontaktowe w każdym z państw członkowskich;
- dyrektywa nie obejmuje przeszczepów tkanek, komórek czy narządów, opieki długoterminowej oraz szczepień ochronnych.

Dyrektywa transgraniczna wdraża zasadę swobody przepływu świadczeń zdrowotnych (do tej pory ograniczoną mechanizmem kontraktowania świadczeń) oraz umożliwia współpłacenie pacjentów za usługi medyczne (do tej pory wybór pacjenta był pomiędzy koniecznością płacenia 100% w prywatnej lub czekania w kolejce na darmową opiekę w publicznej służbie zdrowia). Obecnie pacjent może więc wybrać za granicą odpowiednią dla niego metodę leczenia, z wykorzystaniem optymalnych materiałów (protez, soczewek), a Fundusz zwróci za to leczenie kwotę, którą płaci placówkom medycznym za tego rodzaju procedury w Polsce. Wiąże się to z korzystną dla pacjentów możliwością wyboru oraz poprawy jakości, bezpieczeństwa i dostępności usług zdrowotnych a także z poprawą dostępu do informacji. Dla krajów członkowskich Dyrektywa oznacza lepszą wymianę informacji i współpracę na rzecz zdrowia, lepsze wykorzystanie technologii medycznych i dzielenie się doświadczeniem w opiece nad pacjentami z chorobami rzadkimi.

Szerokie i szybkie korzystanie z leczenia za granicą leży w interesie polskich pacjentów. Warto jednak pamiętać, że Dyrektywa włączyła szereg klauzul ułatwiających rządowi ograniczenie jej stosowania:

- NFZ nie zwróci kosztów procedur nie znajdujących się w polskim koszyku świadczeń;
- na leczenie za granicą, tak samo jak w Polsce, będzie obowiązywał system skierowań, zleceń i zaświadczeń. Skierowanie musi być wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, czyli nie może być wydane przez lekarza praktykującego prywatnie;
- NFZ zwróci nam średnią ważoną kosztów danej procedury wyliczoną dla danego województwa na podstawie danych z kontraktów NFZ ze świadczeniodawcami. Nie ma jednolitych ogólnokrajowych stawek za świadczenia i NFZ indywidualnie negocjuje ceny świadczeń z lecznicami;
- powstała lista świadczeń, które będą refundowane pod warunkiem uzyskania wcześniejszej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ;

Do wniosku o zwrot kosztów dołącza się:

- oryginał rachunku wystawionego przez zagraniczną placówkę medyczną, aptekę albo dostawcę wyrobów medycznych;

- dokument potwierdzający pokrycie całości kosztów świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w przypadku gdy nie wynika to z rachunku;
- oryginał lub kopię skierowania, zlecenia lub recepty;

W przypadku programów lekowych do wniosku o zwrot kosztów dołącza się zaświadczenie potwierdzające zakwalifikowanie do odpowiedniego programu lekowego oraz kopię dokumentacji medycznej.

> W przypadku wniosku o zwrot kosztów refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia lub wyrobów medycznych do wniosku dołącza się również kopię dokumentacji medycznej, z której wynika medyczna zasadność wystawienia recepty na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny, którego dotyczy ten wniosek. Do wniosku o zwrot kosztów należy dołączyć w takim przypadku tłumaczenie tych dokumentów na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

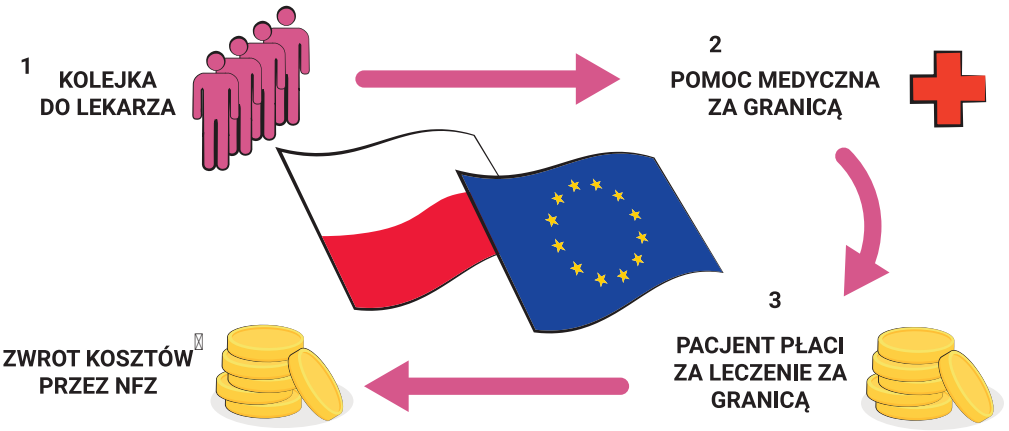
- Roczny budżet na zwrot pacjentom kosztów leczenia za granicą jest ograniczony i określony do 2023 roku. Przekroczenie budżetu w danym roku oznacza, że zwrot środków nastąpi dopiero po uwolnieniu budżetu w kolejnym roku lub latach.

W przypadku programów lekowych do wniosku o zwrot kosztów dołącza się zaświadczenie potwierdzające zakwalifikowanie do odpowiedniego programu lekowego oraz kopię dokumentacji medycznej.

- świadczenia opieki zdrowotnej wymagającego pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń;
- leczenia w ramach programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
- terapi izotopowej;
- teleradioterapii stereotaktycznej;
- teleradioterapii hadronowej wiązką protonów;
- terapii hiperbarycznej;

- wszczepienia pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne;
- badania genetycznego;
- pozytonowej tomografi emisyjnej;
- badania medycyny nuklearnej;
- tomografii komputerowej;
- rezonansu magnetycznego.

Schemat przepływów pacjentów i płatności w transgranicznej opiece zdrowotnej.



1. Dyrektywa nie obejmuje przeszczepów, opieki długoterminowej oraz szczepień.
2. Nie jest potrzebna zgoda na leczenie niewiążące się z pobytem w szpitalu i użyciem wysokokosztowej infrastruktury i aparatury medycznej
3. NFZ zwraca tyle, ile za dane świadczenie płaci świadczeniodawcom w Polsce.

15. Prawa pacjenta

Pacjent ma prawo do:

1. Świadczeń zdrowotnych, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej;
2. Informacji o swoim stanie zdrowia;
3. Zachowania w tajemnicy, przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych informacji związanych z pacjentem, w szczególności z jego stanem zdrowia;
4. Wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
5. Zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych;
6. Poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych;
7. Dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych;
8. Zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
9. Poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
10. Opieki duszpasterskiej;
11. Przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

W razie pytań, prosimy o kontakt z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta:

ul. Młynarska 46, 01-171 Warszawa
www.bpp.gov.pl

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Bezpłatna infolinia
czynna - pn-pt: 9:00 - 21:00

800 190 590

16. ZIP – Zintegrowany Informator Pacjenta

ZIP jest to ogólnopolski serwis, który udostępnia zarejestrowanym w nim użytkownikom ważne informacjeo udzielanych im świadczeniach i ich kosztach sfinansowanych przez NFZ od 2008r. Dane w systemie są na bieżąco aktualizowane. Każdy zarejestrowany użytkownikma stały dostęp do swojego konta na stronie internetowej zip.nfz.gov.pl.

Jakie informacje może znaleźć użytkownik ZIP?

- gdzie się leczyliśmy 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 założone konto w ZIP?

- konto może założyć dla siebie każda pełnoletnia osoba;
- w przypadku osób w wieku od 16 -18 r. ż indywidualne konto w ZIP może być założone po okazaniu dowodu osobistego lub paszportu;
- w przypadku osoby małoletniej wniosek o konto może złożyć osoba, zgłaszająca go do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu członka rodziny.

Jak można uzyskać dostęp do ZIP?

W celu uzyskania dostępu do ZIP należy wypełnić formularz, który znajduje się na stronie internetowej: **https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/reg/regadd@default+start**
Po jego wypełnieniu należy udać się osobiście z dowodem osobistym bądź paszportem do oddziału NFZ, gdzie otrzymamy dane dostępowe: login oraz hasło. Po ich otrzymaniu można już korzystać z serwisu.60

Słownik

AOS (ambulatoryjna opieka specjalistyczna): świadczenia udzielane w poradniach specjalistycznych

AOTMiT (Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji): jednostka, która zajmuje się oceną m.in metod diagnostycznych i metod leczenia oraz wyceną świadczeń opieki zdrowotnej.

eWUŚ: elektroniczny system weryfikacji uprawnień pacjentów, który umożliwia natychmiastowe potwierdzenie prawa do świadczeń finansowanych przez NFZ

KDiLO (Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego) wydawana pacjentom, u których zdiagnozowano chorobą nowotworową lub podejrzewa się nowotwór złośliwy

KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego): zakład ubezpieczeniowy, w którym mogą być ubezpieczeni wyłącznie rolnicy

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego: lekarz udzielający świadczenia zdrowotnego, które jest finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia

LZ (lecznictwo zamknięte): leczenie w szpitalach i sanatoriach, czyli w miejscach, w których chory przebywa przez cały okres leczenia

(NFZ) Narodowy Fundusz Zdrowia: w polskim systemie opieki zdrowotnej pełni funkcję płatnika, ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, NFZ finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i refunduje leki

NIL (Naczelna Izba Lekarska) samorząd lekarski zrzeszający i reprezentujący lekarzy i lekarzy dentystów

NPL (Nocna Pomoc Lekarska) 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

POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna) to powszechnie dostępna, najważniejsza część systemu opieki zdrowotnej. Świadczenia w POZ udzielane są osobom, które dokonały wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ

Rx - leki Rx to te wydawane z przepisu lekarza

SOR (Szpitalny Oddział Ratunkowy) udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

Świadczenie zdrowotne: to działania, które służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

Świadczeniodawca: to np. lekarz, pielęgniarka, położna, poradnia, przychodnia, szpital, gabinet stomatologiczny czy gabinet fizykoterapii, który udziela świadczeń na podstawie umowy z NFZ

Świadczeniobiorca: osoba fizyczna-pacjent uprawniona do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, jest to pacjent zarówno małoletni, jak i pełnoletni posiadający status ubezpieczonego

ZIP Zintegrowany Informator Pacjenta - to system, dzięki któremu można samodzielnie, po zalogowaniu się sprawdzić przez Internet , gdzie i kiedy się leczyliśmy od 2008 roku, ile to kosztowało

ZOL – Zakład Opiekuńczo-Leczniczy: miejsce dla pacjentów, którzy po zakończeniu leczenia szpitalnego wymagają całodobowej pielęgnacji i nie mogą samodzielnie funkcjonować w domu

ZPO Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – wyroby medyczne wydawane na zlecenie, np. pomoce optyczne dla niedowidzących, aparat słuchowy dla niedosłyszących

ZUS Zakład Ubezpieczeń Społecznych: jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, zajmującą się gromadzeniem składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne obywateli oraz dystrybucją świadczeń (np. emerytur, rent, zasiłków chorobowych lub macierzyńskich) w wysokości i na zasadach ustalonych w przepisach powszechnie obowiązujących.

Ważne strony www

Listy oczekujących na świadczenia możesz sprawdzić pod adresem:
www.kolejki.nfz.gov.pl

Listę świadczeniodawców mających podpisaną umowę z NFZ na dany rodzaj świadczeń w Twojej okolicy możesz sprawdzić pod adresem:
www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=19&artnr=1483

Dane o Twoim dotychczasowym leczeniu i jego finansowaniu przez NFZ możesz znaleźć na stronie Zintegrowanego Informatora Pacjenta pod adresem:
www.zip.nfz.gov.pl

Informacje na temat praw pacjentów w poszczególnych krajach Unii Europejskiej znajdziesz na stronie:
www.prawapacjentow.eu

O zasadach zwrotu kosztów leczenia za granicą przeczytasz na stronie Krajowego Punktu Kontaktowego pod adresem:
www.kpk.nfz.gov.pl/pl

Informacje o zasadach obowiązkowych i dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz o weryfikacji prawa do świadczeń znajdziesz na stronie:
www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=11&dzialnr=4

Skargę do Rzecznika Praw Pacjenta możesz zgłosić na adres:
www.bpp.gov.pl

Skargę do oddziału wojewódzkiego NFZ możesz zgłosić pod adresem:
www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=8

Skargę na lekarza możesz zgłosić do:
www.nil.org.pl

Działanie niepożądane leku możesz zgłosić pod adresem:
www.urpl.gov.pl/pl-formularze-zgloszenia-dzialania-niepozadanego

www.razemdlazdrowia.pl

Fundacja MY Pacjenci

ul. Łabędzia 61
04-806 Warszawa

tel.fax +48 22 615 57 10

www.mypacjenci.org
info@mypacjenci.org

Naczelna Izba Lekarska

ul. Sobieskiego 110
00-764 Warszawa

tel. 22 559 13 00, 22 559 13 24
fax. 22 559 13 23

www.nil.org.pl
sekretariat@hipokrates.org

Naczelna Izba Aptekarska

ul. Długa 16
00-238 Warszawa

tel. 22 635 92 85, 635 06 70

www.nia.org.pl
nia@nia.org.pl

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pory 78, lok. 10
02-757 Warszawa

tel. 22 327 61 61
faks 22 327 61 60

www.nipip.pl
nipip@nipip.pl

ISBN 978-83-944676-0-9