FUNDACJA INSTYTUT ROZWOJU REGIONALNEGO

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wczesne wspomaganie

Opieka medyczna

Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego

WCZESNE WSPOMAGANIE

szansą zrównoważonego rozwoju dziecka niepełnosprawnego

Im wcześniej zareagujesz, tym większe macie szanse

Jeśli niepokoją Cię postępy rozwoju Twojego dziecka – zareaguj

Dowiedz się więcej

Z cyklu publikacji ukazały się:

WCZESNE WSPOMAGANIE opieka medyczna

WCZESNE WSPOMAGANIE wsparcie psychologiczno – pedagogiczne

WCZESNE WSPOMAGANIE system edukacji

WCZESNE WSPOMAGANIE organizacja wsparcia i świadczenia socjalne

WCZESNE WSPOMAGANIE placówki wsparcia

www.wczesnewspomaganie-firr.pl **Infolinia: 0 801 980 110**

Wczesne wspomaganie

Opieka medyczna

Fundacja
Instytut Rozwoju Regionalnego

Kraków 2009

Wydawca
Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego
31-261 Kraków, ul. Wybickiego 3A
tel. 012 629 85 14, faks 012 629 85 15
e-mail: biuro@firr.org.pl
http://www.firr.org.pl
Organizacja Pożytku Publicznego
KRS: 0000170802
Nr konta 77 2130 0004 2001 0255 9953 0005

Autor
Anna Rogowska

Redaktor
Anna Maria Waszkielewicz

Koordynator
Anna Żebrak

Zdjęcia
shutterstock.com

Opracowanie graficzne i skład
Studio Graficzne 4DTP

Druk
Drukmar

ISBN
978-83-61170-48-8

Nakład
500 egzemplarzy

Nakład dofinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

© Kraków 2009

Wydanie I bezpłatne.
Materiał został opracowany przez Fundację Instytut Rozwoju Regionalnego w ramach kampanii informacyjnej: wczesne wspomaganie szansą zrównoważonego rozwoju dziecka niepełnosprawnego dofinansowanej ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Spis treści

Wstęp 4

Prawa podstawowe 7

Zasady korzystania ze świadczeń poza kolejnością 10

Zasady korzystania z Podstawowej Opieki Zdrowotnej 11

Zasady korzystania z porad lekarzy specjalistów 15

Kierowanie do szpitala 18

Rehabilitacja lecznicza 20

Leczenie uzdrowiskowe 25

Opieka długoterminowa 27

Opieka paliatywno-hospicyjna 30

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze 31

Transport sanitarny 34

Profilaktyczne badania prenatalne 36

Wstęp

W społeczeństwie istnieje bardzo powierzchowna znajomość praw pacjenta oraz praw osób ubezpieczonych w tym osób niepełnoprawnych i dzieci zagrożonych niepełnosprawnością. W związku z tym w niniejszym opracowaniu omówiono prawa, jakie przysługują w zakresie ochrony zdrowia osobom niepełnosprawnym oraz rodzicom dzieci niepełnosprawnych.

Należy zauważyć na samym wstępie, że osoby niepełnosprawne mają takie same prawa jak inni płatnicy ubezpieczenia zdrowotnego. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [1] w żaden sposób nie wyróżnia i nie wyodrębnia osób niepełnosprawnych ani też dzieci niepełnosprawnych. W związku z powyższym w opracowaniu używane jest określenie **prawa pacjenta**, a nie **prawa osób niepełnosprawnych**.

Najważniejszymi źródłami praw pacjenta oraz osób ubezpieczonych są:

1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [1],

2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [2],

3. Zarządzenia Prezesa NFZ dotyczące kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

---

1 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

2 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).

Prawa pacjenta są częścią praw człowieka. „Powszechna Deklaracja Praw Człowieka" w artykule 24 mówi wyraźnie, że każdy człowiek ma prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne [3].

Do podstawowych praw pacjenta wynikających z praw człowieka należy zaliczyć:

- prawo do zdrowia [4],
- prawo do prywatności i godności [5-8],
- prawo do informacji [9-11],
- prawo do decydowania, do świadomej zgody lub odmowy [12-14],
- prawo do poufności [15-18],
- prawo do dodatkowej opieki [19],
- prawo do poszanowania wartości i przekonań religijnych i filozoficznych [20-22],
- prawo do aborcji [23],

3 Powszechna Deklaracja Praw Człowieka – art. 24: „Każdy człowiek ma prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodziny, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i konieczne świadczenia socjalne, oraz prawo do poczucia bezpieczeństwa w przypadku bezrobocia, choroby, kalectwa, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w inny sposób od niego niezależny."
4 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej – art. 68 (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483).
5 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej – art. 47 (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483).
6 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – art. 19.1 pkt 4 (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
7 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza – art. 36 (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zm.).
8 Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. – art. 3, 12.
9 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – art. 19.1 pkt 2 (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
10 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza – art. 31 (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zm.).
11 Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. – art. 13, 16, 17.
12 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – art. 19.1 pkt 3 (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
13 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza – art. 32, 33, 34, 35 (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zm.).
14 Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. – art. 15.
15 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – art. 18, 19a.1 (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
16 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza – art. 40 (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zm.).
17 Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej – art. 21 (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.).
18 Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. – art. 23, 28.
19 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – art. 19.1 (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
20 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej – art. 53 (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483).
21 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – art. 19.3 (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
22 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza – art. 39 (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zm.).
23 Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży – art. 4a. Dopuszczalne w przypadkach, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej, istnieje duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

- dostęp do świadczeń standardowych [24-25],
- dostęp do świadczeń wysokospecjalistycznych [25-26],
- dostęp do świadczeń ponadstandardowych [25, 27],
- prawo do skargi i dochodzenia roszczeń [28-30].

Przełomowym momentem w ochronie praw pacjenta oraz dzieci niepełnosprawnych w Polsce było ogłoszenie w dniu 31 marca 2009 r. Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Na podstawie tego dokumentu jest możliwe dochodzenie roszczeń wynikających z braku przestrzegania wyżej wymienionych praw przez instytucje realizujące świadczenia zdrowotne w Polsce.

24 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej – art. 68 (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483).
25 Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym – art. 31 (Dz. U. z 1997 r. Nr 28 poz. 153, Nr 75, poz. 468, Dz. U. z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929, Nr 162, poz. 1116).
26 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 r. w sprawie wykazu wysokospecjalistycznych procedur medycznych finansowanych z budżetu państwa oraz zasad i trybu udzielania tych świadczeń (Dz. U. z 1998 r. Nr 140, poz. 910).
27 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 r. w sprawie wykazu świadczeń ponadstandardowych (Dz. U. z 1998 r. Nr 140, poz. 909).
28 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej – art. 53 (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483).
29 Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej – art. 19.a (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
30 Ustawa o zawodzie lekarza – art. 54. (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zm.).

Prawa podstawowe

Rocznie w Polsce rodzi się około 6% dzieci zagrożonych niepełnosprawnością. Zagubieni rodzice stają przed ogromem pytań i problemów. Aby im pomóc, poniżej wskazano krok po kroku, jak odnaleźć się w strukturze opieki zdrowotnej funkcjonującej w Polsce. Osoba ubiegającą się o udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych oraz rodzic dziecka zagrożonego niepełnosprawnością zobowiązany jest na samym początku przedstawić dowód potwierdzający prawo do uzyskania świadczeń.

Dokumentami potwierdzającymi ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia są:

1. dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni),
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- legitymacja ubezpieczeniowa z aktualną datą i pieczątką pracodawcy;

2. dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;

3. dla osoby ubezpieczonej w KRUS:

- zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowana przez KRUS (dowód wpłaty w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej);

4. dla emerytów i rencistów:

- legitymacja emeryta/rencisty (w przypadku legitymacji wydanej przez ZUS powinna zawierać oznaczenie oddziału wojewódzkiego NFZ: 3 i 4 cyfra numeru legitymacji),
- zaświadczenie z ZUS lub KRUS (WBE, ZER MSWiA),
- aktualny odcinek emerytury lub renty (obecnie ZUS wydaje 1 raz w roku),
- zgodnie z art. 240 ust. 2 [31] może być to wyciąg bankowy (ze wskazaniem w tytule przelewu kwoty potrąconej składki i kodu oddziału NFZ);

5. dla osoby zarejestrowanej jako bezrobotna:

- aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;

6. dla osoby dobrowolnie ubezpieczonej:

- umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej;

31 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

7. dla członka rodziny ubezpieczonego (może to być np. dziecko zagrożone niepełnosprawnością):

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

8. dla uczniów i studentów:

- dokumenty jak dla innych członków rodziny oraz aktualna legitymacja uczniowska lub studencka (dla osób po 18 roku życia).

9. Ponadto uprawnienia do korzystania ze świadczeń mają także inne osoby, za okazaniem między innymi następujących dokumentów:

- osoby spełniające kryteria dochodowe, o których mowa w art. 8 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dotyczy osób o bardzo niskich dochodach lub bez dochodów):
  - decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy;
- osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (dotyczy obcokrajowców):
  - poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie Polski),
  - Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego EKUZ (lub certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA.

Brak dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej jest najczęstszym powodem odmowy udzielenia świadczenia albo przyczyną obciążenia pacjenta kosztami leczenia. Dlatego tak ważne jest posiadanie wszystkich dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń w momencie ubiegania się o to świadczenie. Od tej reguły jest jednak bardzo ważny wyjątek: **w stanie nagłym pomoc musi być udzielona**, a jeśli pacjent przebywa w szpitalu, dokument potwierdzający ubezpieczenie może zostać przedstawiony:

- nie później niż w 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia lub
- w ciągu 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej.

Niedostarczenie dokumentu w wyżej wymienionych terminach skutkuje obciążeniem pacjenta kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto, świadczenia zdrowotne udzielane są bezpłatnie pacjentom innym niż ubezpieczeni, którzy:

- nie ukończyli 18 roku życia (ale muszą być zgłoszeni do ubezpieczenia) lub
- są w okresie ciąży, porodu lub połogu.

Ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zapewnia ubezpieczonym **bezpłatną realizację następujących świadczeń**:

- badania diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną,
- świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne,
- podstawową opiekę zdrowotną,
- świadczenia w środowisku nauczania i wychowania,
- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
- rehabilitację leczniczą,
- świadczenia stomatologiczne,
- leczenie szpitalne,
- świadczenia wysokospecjalistyczne,
- leczenie w domu chorego,
- badanie i terapię psychologiczną,
- badanie i terapię logopedyczną,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną,
- pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi,
- opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu,
- opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią,
- opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia,
- opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18,
- leczenie uzdrowiskowe,
- zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze,
- transport sanitarny oraz
- ratownictwo medyczne.

W tym miejscu należy nadmienić, że orzeczenia lub zaświadczenia związane z:

- orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych,
- orzekaniem o niepełnosprawności,
- ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych

są **finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie**, wydane orzeczenie lub zaświadczenie. Oznacza to, że orzekanie o niezdolności do pracy dla celów ustalania uprawnień do świadczeń należy do zadań lekarzy orzeczników i komisji lekarskich Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Nie do wszystkich lekarzy. **Lekarze orzecznicy działają w każdym oddziale ZUS**.

Zasady korzystania ze świadczeń poza kolejnością

Nagminnym problemem nękającym osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia są wszechobecne kolejki oczekujących. Dotyczy to także osób niepełnosprawnych i dzieci zagrożonych niepełnosprawnością, które nie są uprawnione do korzystania ze świadczeń poza kolejką oczekujących. **Do korzystania poza kolejnością ze świadczeń** opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach **mają prawo jedynie**:

- osoby, które posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu",
- inwalidzi wojenni i wojskowi oraz
- kombatanci.

Osoby niepełnosprawne nie mają możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia bez kolejki.

Zasady korzystania z Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Każda osoba, w tym osoba niepełnosprawna czy też dziecko zagrożone niepełnosprawnością, powinna zacząć kontakt z publiczną opieką zdrowotną od wyboru lekarza oraz pielęgniarki/położnej **Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ)**. Świadczeniobiorca lub jego opiekun ma prawo wybrać lekarza rodzinnego, pielęgniarkę, położną a także zmienić ich dwa razy w roku kalendarzowym. Każda kolejna zmiana wiąże się z koniecznością wniesienia na konto właściwego oddziału NFZ opłaty w wysokości 80 zł. Opłaty nie trzeba wnosić, jeśli wybór nowego lekarza, pielęgniarki lub położnej wynika np. ze zmiany miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zmiany miejsca wykonywania świadczeń przez lekarza/ pielęgniarkę/ położną. Wyboru lub zmiany dokonuje się bezpośrednio w nowej przychodni. O przyjęciu pacjenta na swoją listę decyduje lekarz/ pielęgniarka/ położna, uzależniając to od liczby już zadeklarowanych osób, a także od realnych możliwości objęcia opieką kolejnego pacjenta. Wyboru dokonuje się za pomocą druku deklaracji wyboru.

Podstawowa opieka zdrowotna w dzień

Świadczenia POZ wykonywane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00, z wyłączeniem sobót, niedziel i innych dni ustawowo wolnych od pracy, w miejscu wykonywania praktyki oraz poprzez świadczenie wizyt domowych. Świadczenia POZ udzielane są przez lekarza, pielęgniarkę i położną. W **schorzeniach ostrych i nagłych zachorowaniach** a także w innych stanach wymagających pilnej interwencji, gdy wymaga tego stan pacjenta, porada lekarza udzielana jest w dniu zgłoszenia. W **schorzeniach przewlekłych** świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym z pacjentem przez lekarza. Świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić funkcjonowanie gabinetu zabiegowego od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00, z wyłączeniem sobót, niedziel i innych dni ustawowo wolnych od pracy, w tym punktu szczepień – minimum 1 raz w tygodniu po godzinie 15:00. Z tych usług może korzystać każda osoba, która złożyła deklarację wyboru.

Podstawowa opieka zdrowotna w nocy, w dni ustawowo wolne od pracy i w święta

Po godzinie 18:00 a także w dni ustawowo wolne od pracy oraz w święta lekarz POZ zapewnia opiekę ubezpieczonym samodzielnie lub poprzez współpracę z innymi podmiotami. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej mogą być wykonywane w przychodni lub w wyjątkowych przypadkach w domu chorego – w ramach opieki wyjazdowej. Do świadczeń tych należą też zabiegi pielęgniarskie wynikające z ciągłości leczenia, np. zlecone iniekcje czy też inne zabiegi pielęgnacyjne, niezwykle ważne dla osób niepełnosprawnych. Każdy pacjent czy też rodzic dziecka zagrożonego niepełnosprawnością powinien zawczasu **dowiedzieć się u swojego lekarza rodzinnego, kto i gdzie sprawuje całodobową opiekę medyczną**. Informacja ta powinna być dostępna w domu i znana każdemu członkowi rodziny.

Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 42 /2007/DSOZ z dnia 2 lipca 2007 roku Prezesa NFZ

Deklaracja wyboru:
lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej[1]

Uwaga! Dokonujący wyboru nie ma obowiązku złożenia deklaracji na wszystkie trzy zakresy świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Może dokonać wyboru w zakresie, który go interesuje. Wybór dotyczy imiennie osób udzielających świadczeń (tzn. lekarza, pielęgniarki, położnej) u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami

I. Dane osobowe *(patrz instrukcja wypełnienia deklaracji)*

1. Dane osoby, dla której dokonywany jest wybór (świadczeniobiorcy): **Kod Oddziału NFZ[2]** 06

1
(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej)

KOWALSKI
(Nazwisko)

JAN ADAM — 10101012345
(Imię/Imiona) — (Nr ewidencyjny PESEL)

(Nazwisko rodowe) — M (Płeć: M/K) — 10-10-1910 (Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

Adres zamieszkania

STAWOWA — 12 — 34
(Ulica) — (Nr domu/mieszkania)

00-100 — KRAKÓW
(Kod pocztowy) — (Miejscowość)

(Nazwa gminy) — 012123456 7 (Telefon)

Adres do korespondencji (o ile jest inny niż adres zamieszkania)

(Ulica) — (Nr domu/mieszkania)

-
(Kod pocztowy) — (Miejscowość) — (Telefon)

(Nazwa gminy) — (Telefon)

2. Dane osoby dokonującej wyboru dla świadczeniobiorcy:[3]

(Nazwisko) — (Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL) — - - (Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:

1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.

2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez Małopolski *Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w* Krakowie *przy ul.* Ciemnej 6 *są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U.Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.*

KRAKÓW, 01.01.2001 — Jan Kowalski
(Miejscowość, data) — *(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)*

III. Deklaracja wyboru LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ [4]

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruję wybór:

KRZYSZTOF NOWAK
(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: [5] po raz pierwszy [X] po raz drugi [ ] po raz kolejny [ ]

3. Deklarację składam w: [5] miejscu pełnienia służby [ ] Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO) [6] [ ]

01 - 01 - 2001 — Jan Kowalski
(Data: dzień-miesiąc-rok) — (Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) — (Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczątka świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ) — (Pieczątka firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

IV. Deklaracja wyboru PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ [4]

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruję wybór:

(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: [5] po raz pierwszy [X] po raz drugi [ ] po raz kolejny [ ]

3. Deklarację składam w: [5] miejscu pełnienia służby [ ] Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO) [6] [ ]

01 - 01 - 2001 — Jan Kowalski
(Data: dzień-miesiąc-rok) — (Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) — (Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczątka świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ) — (Pieczątka firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

V. Deklaracja wyboru POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ [4]

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruję wybór:

ZOFIA KOWALSKA
(proszę wpisać nazwisko i imię położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: [5] po raz pierwszy [X] po raz drugi [ ] po raz kolejny [ ]

01 - 01 - 2001 — Jan Kowalski
(Data: dzień-miesiąc-rok) — (Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) — (Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczątka świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ) — (Pieczątka firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

Objaśnienia:

[1] niepotrzebne skreślić
[2] określając kod OW NFZ - należy podać kod Oddziału właściwego ze względu na siedzibę świadczeniodawcy
[3] wypełnić w przypadku gdy dane osobowe wyszczególnione w CZĘŚCI I.1 są inne niż dane wymagane w CZĘŚCI I.2
[4] wypełnić w przypadku dokonania wyboru.
[5] właściwe zakreślić znakiem „X"
[6] Powszechny Obowiązek Obrony

Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 42 /2007/DSOZ z dnia 2 lipca 2007 roku Prezesa NFZ

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA DEKLARACJI

Informacja dla wypełniającego deklarację

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210 poz. 2135 z późniejszymi zmianami) mają prawo:

1. Świadczeniobiorcy:
   1) ubezpieczeni (art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy):
      a) osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, 2) ubezpieczające się dobrowolnie, 3) będące członkiem rodziny osoby należącej do jednej z dwóch wyżej wymienionych kategorii.
   2) osoby inne niż ubezpieczeni:
      a) które nie ukończyły 18 roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu (art. 13 ust. 1 ustawy),
      b) posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 59 i Nr 99, poz. 1001), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych (art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy),
2. Osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji z wyjątkiem osób wymienionych w art. 53 ust. 2 ustawy tzn. osób posiadających formularz E 112, poświadczenie wydane na podstawie formularza E 123, EKUZ lub certyfikat zastępczy.

Za członka rodziny uważa się następujące osoby (art. 5 pkt 3 ustawy):

1. Dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce, w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
2. Małżonka,
3. Wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210 poz. 2135) świadczeniobiorca ma prawo do wyboru: lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku. Wyboru tego dokonuje się poprzez wypełnienie niniejszej deklaracji i złożenie w siedzibie świadczeniodawcy. W przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 złotych.

Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza/ pielęgniarkę/ położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych przyczyn niezależnych od woli świadczeniobiorcy.

Objaśnienie sposobu wypełniania deklaracji wyboru

CZĘŚĆ I. 1. Należy wpisać dane świadczeniobiorcy – osoby, która dokonuje wyboru, bądź w imieniu, której dokonywany jest wybór: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/ pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
W przypadku nie nadania osobie numeru PESEL należy wpisać numer NIP, a w przypadku jego braku rodzaj i numer dowodu tożsamości.
Dla ubezpieczonego cudzoziemca, przebywającego na terytorium Polski na podstawie Karty pobytu, nie posiadającego numeru PESEL – rodzaj, serię i numer tej karty, a w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, której nie nadano numeru PESEL – numer Poświadczenia.

Kod oddziału NFZ – należy wpisać kod oddziału NFZ, na terenie którego świadczeniobiorca dokonał wyboru: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/ pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Kody oddziałów wojewódzkich NFZ:

01 – Dolnośląski	06 – Małopolski	11 – Pomorski
02 – Kujawsko-Pomorski	07 – Mazowiecki	12 – Śląski
03 – Lubelski	08 – Opolski	13 – Świętokrzyski
04 – Lubuski	09 – Podkarpacki	14 – Warmińsko-Mazurski
05 – Łódzki	10 – Podlaski	15 – Wielkopolski
		16 – Zachodniopomorski

CZĘŚĆ I. 2. Należy wypełnić w sytuacji, gdy osobą dokonującą wyboru nie jest świadczeniobiorca.
Wyboru w imieniu świadczeniobiorcy dokonywać mogą osoby pełnoletnie będące opiekunami/ prawnymi opiekunami niepełnoletnich dzieci, bądź innych osób, dla których ustanowiony został opiekun.

CZĘŚĆ II, III, IV, V należy wypełnić zgodnie z opisami w nich zawartymi.

Załącznik nr 2. nstrukcja wypełnienia deklaracji

Z nocnej i świątecznej podstawowej opieki zdrowotnej należy korzystać wyłącznie:

- w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia,
- gdy zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy.

Uzasadnieniem dla skorzystania ze świadczeń POZ w nocy i święta mogą być następujące sytuacje:

- zaostrzenie lub nasilenie dolegliwości znanej choroby przewlekłej (np. kolejny napad astmy oskrzelowej z umiarkowaną dusznością),
- infekcja dróg oddechowych z wysoką gorączką (>39 °C), szczególnie u małych dzieci i osób w podeszłym wieku,
- bóle brzucha, nie ustępujące mimo stosowania leków rozkurczowych,
- nasilone bóle głowy, nie ustępujące mimo stosowania leków przeciwbólowych,
- nasilona biegunka lub wymioty, szczególnie u dzieci lub osób w podeszłym wieku,
- zatrzymanie wiatrów, stolca lub moczu,
- nagłe bóle krzyża, kręgosłupa, stawów, kończyn itp. lub
- zaburzenia psychiczne, z wyjątkiem agresji lub dokonanej próby samobójczej.

W ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej nie można uzyskać:

- wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem,
- recepty na stosowane stale leki w związku ze schorzeniem przewlekłym,
- rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia ani
- skierowania do specjalisty.

Powyższe świadczenia można uzyskać u lekarza rodzinnego/ POZ od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00.

Zasady korzystania z porad lekarzy specjalistów

Kolejnym krokiem pacjenta oraz rodzica dziecka niepełnosprawnego jest zazwyczaj **wizyta u lekarza specjalisty**.

W celu uzyskania tego świadczenia niezbędne jest **skierowanie od lekarza POZ** lub innego lekarza udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ.

Skierowanie nie jest wymagane do:

- stomatologa,
- ginekologa-położnika,
- dermatologa,
- wenerologa,
- onkologa,
- okulisty ani
- psychiatry.

Skierowania do specjalisty nie muszą okazywać:

- inwalidzi wojenni i osoby represjonowane,
- cywilne niewidome ofiary działań wojennych,
- uprawnieni żołnierze lub pracownicy, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- chorzy na gruźlicę,
- zakażeni wirusem HIV oraz
- osoby uzależnione od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych w zakresie lecznictwa odwykowego.

Poza tymi osobami wszyscy muszą mieć skierowanie. Pacjent ma prawo wyboru lekarza specjalisty spośród wszystkich lekarzy przyjmujących w poradniach, które mają umowy z NFZ. W przypadku nagłych zachorowań lub pogorszenia stanu zdrowia świadczenie w poradni specjalistycznej winno być zrealizowane w trybie nagłym, czyli w dniu zgłoszenia. Decyzję o przyjęciu pacjenta w trybie nagłym podejmuje lekarz.

Do korzystania **poza kolejnością** ze świadczeń opieki zdrowotnej, w tym z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mają prawo:

- osoby, które posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu",
- inwalidzi wojenni i wojskowi,
- kombatanci (pod pojęciem „kombatant" należy także rozumieć osobę represjonowaną).

Zasady kierowania do specjalisty

Lekarz POZ kierujący pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania. Rodzice dzieci zagrożonych niepełnosprawnością oraz osoby niepełnosprawne powinni o tym pamiętać i domagać się takich badań od lekarza kierującego.

Zasady kierowania na badania

Badania diagnostyczne, na które kieruje lekarz specjalista, finansowane są w ramach porady, za którą płaci NFZ. Badania kosztowne, wysokospecjalistyczne, takie jak rezonans magnetyczny czy tomografia komputerowa, są przez NFZ kontraktowane i finansowane odrębnie. **Pacjent nie płaci za badania diagnostyczne, o ile wykona je na pisemne zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu (laboratorium, pracowni) wskazanym przez lekarza**. O potrzebie kierowania na badanie decyduje lekarz. Lekarz specjalista może kierować na wszystkie badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby, postawienia diagnozy i prowadzenia terapii. Specjalista, do którego skierowanie nie jest wymagane, sam zleca wykonanie potrzebnych mu badań.

Porada specjalistyczna

Porada specjalistyczna lub diagnostyczno-zabiegowa obejmuje badanie pacjenta oraz inne świadczenia opieki zdrowotnej, których wykonanie lekarz uznał za niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Badania kontrolne

W przypadku, gdy pacjent/dziecko niepełnosprawne objęte leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania badań kontrolnych pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania placówka udzielająca świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza specjalisty, do którego pacjent ma prawo zgłosić się bez skierowania.

Konsultacja czy stała opieka

Skierowanie do specjalisty traktowane jest jako skierowanie na jednorazową konsultację specjalistyczną. Podczas pierwszej wizyty lekarz specjalista decyduje, czy pacjentowi wystarczy jednorazowa konsultacja, czy też konieczne będzie objęcie go stałym leczeniem. Pacjenci pozostający pod stałą opieką poradni specjalistycznych nie są zobowiązani do corocznego przedstawiania skierowania od lekarza POZ. Lekarz specjalista informuje o wyniku konsultacji lekarza kierującego.

Obowiązek informowania lekarza POZ

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej i szpitalu zobowiązany jest do pisemnego informowania lekarza POZ, do którego

zadeklarowany jest świadczeniobiorca, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowaniu oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Na podstawie zaświadczenia wydanego przez lekarza specjalistę, z rozpoznaniem choroby i zalecaną farmakoterapią, lekarz POZ, do którego pacjent jest zadeklarowany, może wystawiać mu recepty przez okres wskazany w zaświadczeniu od lekarza specjalisty. Jest to ułatwienie zwłaszcza w sytuacjach, kiedy osoby niepełnosprawne lub też dzieci niepełnosprawne są pod opieką lekarza specjalisty w odległej specjalistycznej placówce. Dzięki tym zapisom kontynuacja recept i ogólnego toku leczenia może odbywać się przy współudziale i pomocy lekarza rodzinnego.

Kierowanie do innego specjalisty

Lekarz specjalista może skierować pacjenta do innego lekarza specjalisty. O taką konsultację może wystąpić do lekarza prowadzącego także sam pacjent lub jego opiekun. W przypadku kierowania pacjenta z jednej poradni specjalistycznej do innej poradnia kierująca przekazuje wyniki wykonanych badań, umożliwiając potwierdzenie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania.

Wizyta domowa

W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może odbyć wizytę w domu chorego.

Kierowanie do szpitala

W przypadku, gdy leczenie w przychodni nie jest wystarczające i pacjent wymaga leczenia szpitalnego, lekarz dołącza do skierowania wyniki badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego a skierowanie

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego, izby przyjęć czy szpitalnego oddziału ratunkowego nie stanowi skierowania do lekarza specjalisty. Po leczeniu szpitalnym świadczeniodawcy zobowiązani są do wystawienia pacjentowi odrębnego skierowania, które stanowi indywidualną dokumentację pacjenta.

Skierowanie na leczenie szpitalne może być wystawione przez każdego lekarza lub felczera. W stanach nagłych, gdy nieudzielenie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia lub życia, świadczenia zdrowotne udzielane są bez wymaganego skierowania. Lekarz kierujący świadczeniobiorcę do szpitala zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.

Lista oczekujących

W przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta do szpitala w dniu zgłoszenia pacjent wpisywany jest na listę oczekujących. W razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, wskazującego na potrzebę wcześniejszego (niż w ustalonym terminie) udzielenia świadczenia, ustalany jest nowy termin przyjęcia pacjenta do szpitala. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu przyjęcia na leczenie, świadczeniodawca w każdy możliwy sposób informuje pacjenta o nowym terminie udzielenia świadczenia.

W czasie leczenia szpitalnego świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić ubezpieczonym niezbędne badania diagnostyczne, leki związane z przebiegiem hospitalizacji, których zażywanie wynika z przyczyny hospitalizacji, a także wyroby medyczne. Zabronione jest wystawianie pacjentowi w trakcie jego pobytu w szpitalu recept na preparaty diagnostyczne, wyroby medyczne do realizacji w aptekach ogólnodostępnych oraz zleceń na środki pomocnicze (np. pieluchomajtki czy pieluchy anatomiczne). W czasie pobytu pacjenta w szpitalu wszystko to musi być zapewnione przez szpital.

Zakończenie hospitalizacji

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego, izby przyjęć czy szpitalnego oddziału ratunkowego nie stanowi skierowania do lekarza specjalisty. Po zakończeniu hospitalizacji pacjent powinien otrzymać:

- skierowanie do lekarza specjalisty (o ile jest kierowany),
- informację dla lekarza POZ,
- recepty,
- wyniki badań diagnostycznych wykonanych w toku leczenia oraz
- zwolnienie lekarskie.

Podstawa wyliczenia - wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale i okres jego obowiązywania	Maksymalne opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej		
	1 strona wyciągu lub odpisu	**1 strona kopii**	**wyciąg, odpis lub kopia na elektronicznym nośniku danych**
	maks. 0,0015 przeciętnego wynagrodzenia	maks. 0,00015 przeciętnego wynagrodzenia	maks. 0,001 przeciętnego wynagrodzenia
2464,66 zł grudzień 2006-luty 2007 r.	3,70 zł	0,37 zł	2,46 zł
2662, 51 zł marzec-maj 2007 r.	3,99 zł	0,40 zł	2,66 zł
2709,14 zł czerwiec-sierpień 2007 r.	4,06 zł	0,41 zł	2,71 zł
2644,34 zł wrzesień-listopad 2007 r.	3,97 zł	0,40 zł	2,64 zł
2703,41zł grudzień 2007r.-luty 2008 r.	4,06 zł	0,41 zł	2,70 zł
2899,83 zł marzec-maj 2008 r.	4,35 zł	0,43 zł	2,90 zł
2983,98 zł czerwiec-sierpień 2008 r.	4,48 zł	0,45 zł	2,98 zł
2951,36 zł wrzesień-listopad 2008 r.	**4,43 zł**	**0,44 zł**	**2,95 zł**

*Podstawą wyliczania kwoty odpłatności jest publikowana przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

Załącznik nr 3. Odpłatność za udostępnienie dokumentacji medycznej - podstawy prawne

RECEPTA	TERMIN REALIZACJI
Na antybiotyki	7 dni
Wystawiona w ramach pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe)	7 dni
leki narkotyczne	14 dni
leki recepturowe	30 dni
pozostałe leki	30 dni

SKIEROWANIE	WAŻNOŚĆ
Na leczenie specjalistyczne w poradni lub do szpitala	Skierowanie jest ważne do momentu jego realizacji lub traci ważność w chwili, kiedy ustała przyczyna wystawienia. Wyjątek stanowi skierowanie **do szpitala psychiatrycznego**, które wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.
Na rehabilitację ambulatoryjną	30 dni (w tym czasie trzeba się zarejestrować)
Na leczenie uzdrowiskowe	12 miesięcy

ZLECENIE	WAŻNOŚĆ
Na środki pomocnicze refundowane co miesiąc: np. pieluchy, sprzęt stomijny, cewniki	30 dni
Na pozostałe środki pomocnicze: np. aparaty słuchowe, protezy piersi, peruki, materace, poduszki przeciwodleżynowe oraz przedmioty ortopedyczne (wózki inwalidzkie, protezy kończyn, ortezy, kule, laski, balkoniki	90 dni

Załącznik nr 4. Ważność recept, skierowań i zleceń

Rehabilitacja lecznicza

Rehabilitacja ambulatoryjna (w przychodni)

Podstawą realizacji świadczeń rehabilitacyjnych w warunkach ambulatoryjnych i domowych jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Od 1 stycznia 2008 r. skierowanie na świadczenia rehabilitacji ambulatoryjnej traci ważność w przypadku, gdy nie zostało zarejestrowane przez ubezpieczonego w gabinecie/zakładzie rehabilitacji/fizjoterapii **w terminie 30 dni od daty jego wystawienia.**

Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych i domowych realizuje się poprzez:

- poradę lekarską rehabilitacyjną,
- poradę lekarską rehabilitacyjną w warunkach domowych,
- poradę fizjoterapeutyczną,
- zabiegi fizjoterapeutyczne,
- poradę fizjoterapeutyczną w warunkach domowych oraz
- zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych.

Świadczenia udzielane są na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. **Świadczeniodawca udzielający świadczeń w warunkach ambulatoryjnych ma obowiązek udzielania świadczeń w warunkach domowych.** Świadczenia domowe udzielane są pacjentom, którzy wymagają rehabilitacji/ fizjoterapii, ale ze względu na brak możliwości samodzielnego przemieszczania się nie mogą skorzystać z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych, co jest szczególnie ważne przy niepełnosprawności.

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

- rehabilitacji medycznej,
- balneologii i medycyny fizykalnej,
- reumatologii,
- neurologii,
- ortopedii i
- traumatologii.

Rehabilitacja w warunkach oddziału/ośrodka rehabilitacji dziennej

Świadczenia udzielane w warunkach ośrodka/oddziału rehabilitacji dziennej kierowane są do pacjentów, których stan kliniczny nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego. Rehabilitacja wykonywana jest przez 5 dni w tygodniu i obejmuje nie mniej niż 5 zabiegów dziennie.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa wykonywana jest na skierowanie:

- lekarzy z oddziału:
  - urazowo-ortopedycznego,
  - chirurgicznego,
  - neurochirurgicznego,
  - reumatologicznego,
  - chorób wewnętrznych,
  - onkologicznego,
  - urologicznego,
  - ginekologicznego oraz
- lekarzy poradni:
  - rehabilitacyjnej,
  - urazowo-ortopedycznej,
  - neurologicznej oraz
  - reumatologicznej

w przypadku zaostrzeń schorzeń przewlekłych oraz

- lekarzy POZ.

Rehabilitacja trwa od 3 do 6 tygodni, przez 5 dni w tygodniu, obejmuje nie mniej niż 5 zabiegów dziennie u każdego pacjenta.

Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego wykonywana jest na skierowanie lekarzy specjalistów oraz lekarzy specjalności:

- neonatologii,
- pediatrii,
- rehabilitacji,
- ortopedii,
- neurologii,
- reumatologii,
- okulistyki – w przypadku osób niewidomych i niedowidzących,
- otolaryngologii – w przypadku osób z wadą słuchu,
- audiologii i foniatrii – w przypadku osób z wadą słuchu oraz
- lekarzy POZ.

Czas trwania rehabilitacji dzieci wynosi od 12 do 24 tygodni, z możliwością przedłużenia.

Rehabilitacja kardiologiczna to świadczenia udzielane pacjentom po ostrych zespołach wieńcowych, plastyce naczyń wieńcowych, zabiegach kardiochirurgicznych i innych schorzeniach układu krążenia ze wskazaniem do rehabilitacji kardiologicznej. Do rehabilitacji kieruje lekarz oddziału:

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

Czas trwania rehabilitacji kardiologicznej ustalany jest indywidualnie i nie może być dłuższy niż 8 tygodni, w ramach których Fundusz finansuje nie więcej niż 24 osobodni.

Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii (np. komory solne) ma na celu poprawę sprawności funkcjonowania układu oddechowego. Do rehabilitacji pulmonologicznej kierują i kwalifikują lekarze specjaliści oraz lekarze specjalności: rehabilitacji medycznej, pulmonologii, chorób wewnętrznych i lekarz POZ. Rehabilitacja trwa nie krócej niż 14 dni i nie dłużej niż 24 dni.

Rehabilitacja w warunkach stacjonarnych

Jest ona przeznaczona dla pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego. Rehabilitacja prowadzona jest przez 6 dni w tygodniu w cyklach przed- i popołudniowych, obejmuje nie mniej niż 5 zabiegów dziennie.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa odbywa się na skierowanie lekarzy oddziałów:

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

a w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych – przez lekarzy poradni:

- rehabilitacyjnych,
- urazowo-ortopedycznych,
- neurologicznych,
- reumatologicznych i
- lekarzy POZ.

Trwa od 3 do 6 tygodni.

Rehabilitacja neurologiczna wczesna to udzielanie świadczeń do 3 miesięcy od:

- ostrego incydentu mózgowego,
- urazu ośrodkowego układu nerwowego (OUN) bądź też
- wykonanego zabiegu na OUN.

Skierowanie wystawia lekarz oddziału:

- neurologicznego lub neurochirurgicznego,
- urazowo-ortopedycznego lub
- wewnętrznego,

a w wyjątkowych przypadkach (z wyłączeniem ciężkich uszkodzeń OUN):

- lekarz poradni neurologicznej.

Od chwili zakwalifikowania pacjenta do rehabilitacji do chwili przyjęcia go do oddziału nie powinno upłynąć więcej niż 21 dni. Rehabilitacja trwa od 3 do 9 tygodni.

Rehabilitacja neurologiczna ciężkich uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w warunkach stacjonarnych trwa od 6 do 16 tygodni. Przedłużenie rehabilitacji może być kontynuowane na oddziale rehabilitacji neurologicznej wtórnej.

Rehabilitacja neurologiczna wtórna kierowana jest dla pacjentów nie kwalifikujących się do rehabilitacji wczesnej oraz ciężkich uszkodzeń OUN, a wymagających rehabilitacji neurologicznej; skierowanie wystawia lekarz oddziału:

- neurologicznego,
- neurochirurgicznego,
- urazowo-ortopedycznego,
- wewnętrznego

a w wyjątkowych przypadkach (z wyłączeniem ciężkich uszkodzeń OUN):

- lekarz poradni neurologicznej oraz
- lekarz POZ.

Rehabilitacja pulmonologiczna odbywa się na skierowanie lekarzy oddziału:

- pulmonologicznego,
- torakochirurgicznego,
- kardiologicznego,
- laryngologicznego,
- chorób wewnętrznych,
- pediatrycznego – w przypadku rehabilitacji pulmonologicznej wieku rozwojowego,

a w uzasadnionych medycznie przypadkach:

- lekarz poradni chorób płuc,
- lekarz poradni alergologicznej oraz
- lekarz POZ.

Rehabilitacja trwa do 3 tygodni.

Rehabilitacja kardiologiczna udzielana jest pacjentom:

- po ostrych zespołach wieńcowych (stany wczesne) – do 4 tygodni po zdarzeniu, a w przypadku powikłań – do 6 tygodni po zdarzeniu;
- po operacjach kardiochirurgicznych – do 6 tygodni od zabiegu, a w przypadku powikłań – do 8 tygodni po zabiegu;
- po innych schorzeniach układu sercowo-naczyniowego ze wskazaniem do rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych – do 14 dni po leczeniu szpitalnym.

Przyjęcie chorego powinno nastąpić bezpośrednio z oddziału szpitalnego.

Leczenie uzdrowiskowe

Leczenie uzdrowiskowe przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki NFZ właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, a jeżeli nie można ustalić miejsca jego zamieszkania – oddział wojewódzki Funduszu właściwy dla siedziby świadczeniodawcy, który wystawił skierowanie. Świadczeniobiorca ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe:

- do szpitala uzdrowiskowego,
- do sanatorium uzdrowiskowego,
- na leczenie uzdrowiskowe w trybie ambulatoryjnym i
- z leczenia uzdrowiskowego

oraz częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym.

Odpłatność za pobyt i wyżywienie

Odpłatność za pobyt w sanatorium uzdrowiskowym różnicuje się ze względu na sezon rozliczeniowy, w którym świadczeniobiorca odbywa leczenie. Świadczeniobiorca dokonuje wyboru standardu pokoju, biorąc po uwagę możliwości świadczeniodawcy. Częściowa odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym, z uwzględnieniem standardu, dla turnusów 21-dniowych oraz 28-dniowych, **za jeden dzień pobytu** świadczeniobiorcy, wynosi:

w okresie od 1 października do 30 kwietnia:

- pokój 1-osobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym – 23,00 zł,
- pokój 1-osobowy w studio – 19,00 zł,
- pokój 1-osobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego – 18,00 zł,
- pokój 2-osobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym – 14,00 zł,
- pokój 2-osobowy w studio – 12,00 zł,
- pokój 2-osobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego – 10,50 zł,
- pokój wieloosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym – 9,00 zł,
- pokój wieloosobowy w studio – 8,00 zł,
- pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego – 7,50 zł;

w okresie od 1 maja do 30 września:

- pokój 1-osobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym – 30,00 zł,
- pokój 1-osobowy w studio – 27,00 zł,
- pokój 1-osobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego – 24,00 zł,
- pokój 2-osobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym – 20,00 zł,

- pokój 2-osobowy w studio – 18,00 zł,
- pokój 2-osobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego – 14,00 zł,
- pokój wieloosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym – 10,50 zł,
- pokój wieloosobowy w studio – 9,50 zł,
- pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego – 9,00 zł.

Obecny cennik został wprowadzony w życie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2007 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie leczenia uzdrowiskowego (Dz. U. 69.466) i obowiązuje od 1 maja 2007 r.

Częściowa odpłatność ponoszona przez świadczenioborcę stanowi iloczyn liczby dni pobytu określonych w skierowaniu i odpłatności za jeden dzień pobytu. Opłata pobierana jest przed rozpoczęciem turnusu, najpóźniej pierwszego dnia pobytu. Jeśli pobyt świadczeniobiorcy przypada w dwóch różnych sezonach rozliczeniowych, przy obliczaniu wysokości odpłatności uwzględnia się liczbę dni przypadającą w każdym z sezonów rozliczeniowych.

Wysokość częściowej odpłatności pomniejsza się w przypadku skrócenia pobytu w sanatorium uzdrowiskowym:

- z przyczyn leżących po stronie sanatorium,
- z powodu choroby świadczeniobiorcy uniemożliwiającej pobyt w sanatorium,
- z przyczyn niezależnych, w tym udokumentowanej choroby lub śmierci członka najbliższej rodziny i osoby pozostającej pod opieką świadczeniobiorcy.

W przypadku skrócenia pobytu w sanatorium z przyczyn innych niż wymienione powyżej, świadczeniobiorca ponosi odpłatność za cały okres pobytu.

Zwolnienie z częściowej odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym przysługuje:

- dzieciom i młodzieży do 18 roku życia, a w przypadku studentów do 26 roku życia,
- dzieciom o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- dzieciom uprawnionym do renty rodzinnej,
- pracownikom zakładów wymienionych w załączniku nr 4 do ustawy o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest [32], zatrudnionych w tych zakładach w dniu 28 września 1997 r. lub przed tą datą oraz
- pracownikom zatrudnionym w zakładzie, który zgodnie z art. 1 ust. 3 ustawy o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest [32], produkuje wyroby zawierające azbest.

32 Ustawa z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2004 r. Nr 3, poz. 20).

Opieka długoterminowa

(dla pacjentów ciężko chorujących mających trudności z samodzielnym funkcjonowaniem)

Zasady korzystania ze świadczeń opieki długoterminowej

Świadczenia w warunkach stacjonarnych:

W **oddziale dla przewlekle chorych** zapewnia się całodobową opiekę i leczenie osób, które:

- przebyły fazę leczenia szpitalnego w oddziałach opieki krótkoterminowej,
- mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego oraz
- wymagają dalszej hospitalizacji.

Do oddziału dla przewlekle chorych pacjent kierowany jest bezpośrednio przez lekarza z oddziału szpitalnego. W oddziale może przebywać do 45 dni. W przypadku przewidywanej konieczności kontynuacji opieki długoterminowej, świadczeniodawca zobowiązany jest przed upływem 45 dni podjąć działania w celu umieszczenia pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym bądź pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Do **zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych** przyjmowane są:

- osoby przewlekle chore, wymagające całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych oraz
- osoby, które przebyły leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego,
  - nie wymagają już dalszej hospitalizacji,
  - ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym są niezdolne do samoopieki oraz
  - wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia opieki pielęgniarskiej.

Zakłady obejmują opieką także pacjentów w stanie apalicznym (to jest osoby przytomne, ale pozbawione świadomości, z zachowanymi reakcjami odruchowymi). Wniosek o skierowanie do zakładu publicznego wystawia:

- lekarz rodzinny,
- lekarz specjalista lub
- lekarz z oddziału szpitalnego.

Do zakładu opiekuńczo-leczniczego wydaje się skierowanie na pobyt stały albo na czas określony, a do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego – na czas określony. W przypadku

zakładów niepublicznych decyzję o przyjęciu do zakładu podejmuje kierownik zakładu w porozumieniu z lekarzem zakładu. Od 1 sierpnia 2008 r. dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ nie wydaje już zgody na przedłużenie pobytu pacjenta w zakładzie. Decyzję o konieczności przedłużenia pobytu pacjenta w zakładzie podejmuje dyrektor placówki, w której chory przebywa. Okres pobytu pacjenta zależy od stanu zdrowia, który ocenia się:

- w dniu przyjęcia pacjenta;
- ostatniego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego pobytu;
- ostatniego dnia trzeciego miesiąca z każdych kolejnych trzech miesięcy.

Do zakładu nie może być przyjęty pacjent:

- w ostrej fazie choroby psychicznej,
- uzależniony ani
- w schyłkowym okresie choroby nowotworowej.

Pacjent dorosły, a w przypadku dzieci – opiekun – musi wyrazić zgodę na leczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Świadczenia **w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie** obejmują dodatkowo zapewnienie całodobowego, mechanicznego lub ciśnieniowego wspomagania oddechu u pacjentów z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii.

Świadczenia udzielane w warunkach domowych

Pielęgniarska opieka długoterminowa to opieka nad osobami:

- przewlekle chorymi przebywającymi w domu,
- nie wymagającymi hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego i
- ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagającymi systematycznej, intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej.

Skierowania wymagane do objęcia chorego pielęgniarską opieką długoterminową wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Okres objęcia chorego tego rodzaju opieką jest uzależniony od stanu zdrowia pacjenta. Ocena jego stanu samoobsługi odbywa się co 6 miesięcy.

Długoterminowa opieka domowa dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (w tym dzieci) to opieka nad chorymi:

- z niewydolnością oddechową,
- wymagającymi stosowania ciągłej lub okresowej terapii oddechowej, niewymagającej hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej,
- wymagającymi stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz
- mającymi zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę w zakresie obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy.

Podstawą do objęcia opieką pacjenta przez zespół długoterminowej opieki domowej jest skierowanie lekarza oddziału szpitalnego. Chorzy powinni wyrazić świadomą zgodę na ten typ leczenia. W przypadku dzieci zgodę powinien wyrazić opiekun prawny.

Opieka paliatywno-hospicyjna

Jest to wszechstronna, całościowa opieka nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu zapobieganie i uśmierzanie bólu oraz innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia opieki paliatywno-hospicyjnej obejmują również wspomaganie rodziny chorych zarówno w czasie trwania choroby jak i w okresie osierocenia, po śmierci chorego. W celu objęcia pacjenta opieką paliatywną konieczne jest skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgoda pacjenta lub jego rodziny na objęcie opieką paliatywno-hospicyjną wyrażona na piśmie (w przypadku dzieci – przez rodziców/opiekunów prawnych, a po 16 roku życia także przez chore dziecko). Opieka paliatywno-hospicyjna może być realizowana:

- w warunkach domowych,
- w warunkach stacjonarnych na oddziale medycyny paliatywnej,
- w hospicjum stacjonarnym lub
- w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej.

Poradnia medycyny paliatywnej udziela:

- porad lekarskich, psychologicznych,
- wizyt lekarsko-pielęgniarskich w domu,
- konsultacji dla pacjentów nie zakwalifikowanych do hospicjum domowego dla dzieci oraz
- wsparcia rodzinie chorego.

Opieka taka jest sprawowana nad chorymi, którzy:

- mogą przybyć do poradni lub
- ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się, ale stabilny stan ogólny, wymagają wizyt domowych.

Porady/wizyty domowe nie powinny być realizowane częściej niż dwa razy w tygodniu. Chorzy, którzy wymagają częstszych wizyt lub ciągłej opieki w miejscu zamieszkania powinni być kierowani do hospicjum domowego.

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Zasady korzystania z zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi – podstawy prawne refundacji

Zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi wystawia uprawniony lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.

Osoba ubezpieczona, aby mogła skorzystać z zaopatrzenia w refundowany przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy, musi potwierdzić zlecenie na dany wyrób w oddziale NFZ, właściwym ze względu na miejsce zameldowania.

Zlecenie można potwierdzić osobiście lub przesłać je pocztą.

Zgłaszając zlecenie osobiście, należy mieć przy sobie aktualny dowód ubezpieczenia. Przesyłając zlecenie listownie, należy dołączyć kopię dowodu ubezpieczenia.

Potwierdzenia zlecenia dokonuje ubezpieczony lub inna osoba w jego imieniu.

Uwaga: „Inną osobą" nie może być świadczeniodawca, który zawarł z Funduszem umowę na realizację zaopatrzenia, ani żadna z osób przez niego zatrudnionych lub udzielający świadczeń w jego imieniu, lub którym powierzył udzielanie świadczeń.

Zlecenie na comiesięczne zaopatrzenie w środki pomocnicze jest ważne 30 dni od daty jego wystawienia.

Zlecenie na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, z wyłączeniem zaopatrzenia comiesięcznego, traci ważność po upływie 90 dni od daty jego wystawienia.

Wniosek na wykonanie naprawy przedmiotu ortopedycznego traci ważność po upływie 30 dni od daty potwierdzenia przez oddział Funduszu.

Potwierdzone i zaewidencjonowane zlecenie lub zlecenie wraz z kartą zaopatrzenia comiesięcznego podlega realizacji u wybranego świadczeniodawcy, który ma podpisaną umowę z dowolnym oddziałem Funduszu.

Ze względu na wielość podmiotów realizujących zlecenia na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, a także z uwagi na duże zróżnicowanie cen, przed wyborem świadczeniodawcy należy sprawdzić jakość przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego oraz cenniki.

Zlecenie na środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie może zostać zrealizowane tylko **z ważną kartą zaopatrzenia comiesięcznego, która jest własnością pacjenta** i nie powinna być przechowywana u świadczeniodawcy. Potwierdzenia obioru środka pomocniczego wydawanego comiesięcznie w ramach karty zaopatrzenia dokonuje świadczeniobiorca albo inna osoba w jego imieniu.

Uwaga: „Inną osobą" nie może być świadczeniodawca, który zawarł z Funduszem umowę na realizację zaopatrzenia, ani żadna z osób przez niego zatrudnionych lub udzielający świadczeń w jego imieniu, lub którym powierzył udzielanie świadczeń.

Potwierdzenia odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, **z wyłączeniem środków** pomocniczych **wydawanych z kartą zaopatrzenia comiesięcznego**, dokonuje:

- pacjent lub w jego imieniu przedstawiciel ustawowy albo inna osoba na podstawie:
  - pisemnego upoważnienia lub
  - zaświadczenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego o stanie zdrowia pacjenta, który uniemożliwia wystawienie przez niego upoważnienia.

Uwaga: „Inną osobą" nie może być świadczeniodawca, który zawarł z Funduszem umowę na realizację zaopatrzenia, ani żadna z osób przez niego zatrudnionych lub udzielających świadczeń w jego imieniu, lub którym powierzył udzielanie świadczeń.

Zlecenie wystawione w sposób nieprawidłowy oddział Funduszu zwraca świadczeniobiorcy lub zlecającemu bez potwierdzenia, podając jednocześnie przyczynę odmowy potwierdzenia zlecenia.

Refundacja aparatu słuchowego dla dziecka

Zlecenie na aparat słuchowy ubezpieczony otrzymuje od lekarza laryngologa. Należy je zarejestrować w siedzibie oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, okazując dowód ubezpieczenia dziecka. Rejestrację można załatwić także za pośrednictwem poczty, dołączając do zlecenia kserokopię dowodu ubezpieczenia dziecka. Oddział NFZ rejestruje zlecenie i oddaje lub odsyła ubezpieczonemu wraz z listą sklepów, w których zlecenie można zrealizować. Refundację otrzymuje od NFZ świadczeniodawca, który realizuje wnioski na podstawie umowy z NFZ, a nie ubezpieczony. W sklepie należy przedstawić zlecenie, wybrać aparat i pokryć różnicę między ceną aparatu a kwotą refundacji. Zgodnie z prawem refundacja aparatu słuchowego przyznawana jest dzieciom raz na 5 lat do kwoty 1 500 zł na aparat oraz 60 zł na wkładkę uszną. Przy obustronnym protezowaniu kwota refundacji wyniesie 3 120 zł. Dzieci i młodzież pobierający naukę nie czekają w kolejce na realizację zlecenia.

Jeśli dziecko zostało zgłoszone do ubezpieczenia przez pracownika, to jego dowodem ubezpieczenia jest legitymacja rodzinna, którą należy aktualizować na takich samych zasadach, co ubezpieczeniową legitymację pracowniczą; jeśli dziecko zostało zgłoszone do ubezpieczenia przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą, to jego dowodem ubezpieczenia jest dowód opłacenia składki za ostatni miesiąc oraz potwierdzenie zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia (kserokopia druku ZUS ZCZA).

Transport sanitarny

Zasady korzystania z transportu sanitarnego

Bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego

Ubezpieczonemu na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczenia we właściwym zakresie i z powrotem w przypadkach:

- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej (np. lekarz w przychodni stwierdził zły stan pacjenta, potrzebny jest transport do szpitala);
- wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia (np. ze szpitala do szpitala).

Bezpłatny przejazd przysługuje również w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej – udzielającego świadczeń we właściwym zakresie – i z powrotem.

Odpłatność za przejazd środkami transportu sanitarnego

W pozostałych przypadkach przejazd środkami transportu sanitarnego przysługuje odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r.[33] określa wykaz grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokość udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego. W zależności od wskazań medycznych określa się dwa stopnie niesprawności i związaną z tym odpłatność:

- niesprawność I stopnia, do której zalicza się osoby:
  - zdolne do samodzielnego poruszania się przy wykorzystaniu środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych bez stałej pomocy innej osoby i
  - zdolne do korzystania ze środków transportu publicznego.

33 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki (Dz. U. 04.276.2739).

Udział własny ubezpieczonego w kosztach przewozu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%.

- niesprawność II stopnia, do której zalicza się osoby:
  - zdolne do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby,
  - wymagające przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Udział własny ubezpieczonego w kosztach przewozu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%.

Stopień niesprawności ubezpieczonego określa lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, dokonując wpisu w dokumentacji medycznej oraz dokumentacji prowadzonej na potrzeby podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Lekarz ten także wydaje zlecenie na przewóz.

Wykaz grup jednostek chorobowych, ze względu na które lekarz ubezpieczenia zdrowotnego ustala stopień niesprawności:

- choroby krwi i narządów krwiotwórczych,
- choroby nowotworowe,
- choroby oczu,
- choroby przemiany materii,
- choroby psychiczne i zaburzenia zachowania,
- choroby skóry i tkanki podskórnej,
- choroby układu krążenia,
- choroby układu moczowo-płciowego,
- choroby układu nerwowego,
- choroby układu oddechowego,
- choroby układu ruchu,
- choroby układu trawiennego,
- choroby układu wydzielania wewnętrznego,
- choroby zakaźne i pasożytnicze,
- urazy i zatrucia,
- wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe.

Profilaktyczne badania prenatalne

Program adresowany jest do kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- wiek powyżej 35 lat;
- wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;
- stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;
- stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową;
- stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.

Tryb włączania do programu

Wymagane jest skierowanie zawierające informacje o wskazaniach do objęcia programem, wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu, wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę. Pierwsza wizyta wskazana jest w 12 tygodniu ciąży.

FUNDACJA INSTYTUT ROZWOJU REGIONALNEGO

Fundacja Instytut Rozwoju Regionalnego (FIRR) jest organizacją pozarządową typu non-profit działającą od 2003r. i cieszącą się statusem Organizacji Pożytku Publicznego. Główną dziedziną aktywności Fundacji jest kompleksowe wspieranie osób niepełnosprawnych, w szczególności osób z dysfunkcją wzroku. Pozostałe działania dotyczą nauki, transferu innowacji oraz przedsiębiorczości.

Fundacja pełniła rolę administratora w Partnerstwie na Rzecz Zwiększenia Dostępności Rynku Pracy dla Osób Niewidomych i realizowała projekt w ramach Inicjatywy Wspólnotowej EQUAL.

FIRR współpracuje z polskimi i zagranicznymi partnerami, m.in. Polskim Forum Osób Niepełnosprawnych, Programem NZ ds. Rozwoju – UNDP, Uniwersytetem Warszawskim, Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Katolickim Uniwersytetem Lubelskim im. Jana Pawła II, Polskim Związkiem Niewidomych, Akademią Górniczo-Hutniczą im. Stanisława Staszica w Krakowie, Fundacją na Rzecz Osób Niewidomych i Słabowidzących a także Instytutem Badań Marketingowych i Społecznych VRG Strategia. Wśród zagranicznych partnerów Fundacji znajduje się Instytut dla Osób Niewidomych i Słabowidzących z Danii, Action for Blind People z Wielkiej Brytanii oraz Czeski i Słowacki Związek Niewidomych.

Fundacja prowadzi innowacyjne kursy przeznaczone dla osób niewidomych i słabowidzących z zakresu:

- **tyfloinformatyki, czyli obsługi komputera i aplikacji ułatwiających osobom z dysfunkcją wzroku dostęp do informacji,**
- **kreowania własnego wizerunku (kurs wizażu),**
- **elementów wschodnich sztuk walki prowadzonych pionierskim systemem nauczania.**

Kampania informacyjna **Wczesne wspomaganie szansą zrównoważonego rozwoju dziecka niepełnosprawnego** ma na celu przekazanie i propagowanie informacji na temat wpływu wczesnego rozpoznania potrzeb rehabilitacyjnych dzieci niepełnosprawnych dla stymulowanie ich rozwoju oraz dostępnych form wsparcia.

Zapraszamy na stronę internetową kampanii:

www.wczesnewspomaganie_firr.pl

oraz do korzystania z porad infolinii: 0 801-980-110.

ISBN: 978-83-61170-48-8