



Powiat Gniezno
tu powstała Polska

INFORMATOR PACJENTA

GDZIE SIĘ LECZYĆ W POWIECIE GNIEŹNIEŃSKIM

Opracowano w Wydziale Zdrowia

Gniezno, lipiec 2019 r.

Spis treści

I.	ABC PACJENTA.....	3
1.	Prawa pacjenta	3
2.	Recepty	3
3.	Bezpłatne leki dla seniorów.....	4
4.	Podstawowa opieka zdrowotna	5
5.	Skierowanie	6
6.	Lecznictwo uzdrowiskowe	8
7.	Gdzie szukać pomocy w niedzielę i święta oraz po godz. 18-tej.....	11
8.	Szpitalne Oddziały Ratunkowe	11
II.	WYKAZ ŚWIADCZENIODAWCÓW	12
1.	Przychodnie i szpitale	12
2.	Nagła pomoc doraźna.....	12

I. ABC PACJENTA

1. Prawa pacjenta

- a) Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych
- b) Prawo do informacji
- c) Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych
- d) Prawo pacjenta do tajemnicy informacji
- e) Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych
- f) Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta
- g) Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej
- h) Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza
- i) Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego
- j) Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej
- k) Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Opis praw pacjenta dostępny na stronie Rzecznika Prawa Pacjenta:

<http://www.bpp.gov.pl/dla-pacjenta/prawa-pacjenta/>

2. Recepty

Porada receptowa

Rzecznik Praw Pacjenta przypomina, że od 1 stycznia 2015r. pacjenci kontynuujący leczenie mogą otrzymać receptę bez konieczności poddania się badaniu lekarskiemu.

Z początkiem roku zmianie uległ art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w którym określone zostały warunki udzielenia tzw. porady receptowej. Zmiany te umożliwiają wystawienie recepty bez uprzedniego, osobistego zbadania pacjenta (tzw. recepta zaoczna), bez styczności z pacjentem, jak również wprowadzają obowiązek dokonania odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej oraz zasady wydania wystawionej recepty w ramach porady receptowej.

Jednakże, aby udzielenie porady receptowej nastąpiło zgodnie z prawem, łącznie muszą zostać spełnione następujące warunki:

- recepta musi być niezbędna do kontynuacji leczenia,
- porada receptowa musi być uzasadniona stanem zdrowia pacjenta,
- stan zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie porady receptowej musi być odzwierciedlony w dokumentacji medycznej pacjenta.

Recepty lub zlecenia na wyroby medyczne mogą zostać przekazane:

- osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;

- osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

Upoważnienie lub oświadczenie powinno zostać odnotowane lub dołączone do dokumentacji medycznej pacjenta. Ponadto zarówno informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia, jak również o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

Dane ze strony: <http://www.bpp.gov.pl/aktualnosci/porada-receptowa,225.html>

Zmiany w sposobie wystawiania recept lekarskich

Rzecznik Praw Pacjenta przypomina, że od 4 października 2014r. zmianie uległy zasady wystawiania recept lekarskich. Przede wszystkim wydłużony został okres na jaki może zostać wypisana recepta, a także zwiększono ilości leku, jakie lekarz może przepisać na jednej recepcie.

Zgodnie z wprowadzonymi zmianami, lekarz może wystawić:

- do 12 recept na występujące po sobie okresy stosowania (nieprzekraczające łącznie 360 dni stosowania), z zastrzeżeniem, że na jednej recepcie nie może zostać przepisany lek na więcej niż 120 dni stosowania,
- do 16 recept na niezbędne pacjentowi leki recepturowe (wykonane w aptece), w postaci maści, kremów, mazideł, past lub żeli do stosowania na skórę – na maksymalnie 120 – dniowy okres stosowania,
- receptę na podwójną ilość leku recepturowego,
- do 6 recept na środki antykoncepcyjne na następujące po sobie okresy stosowania (nieprzekraczające łącznie 6-miesięcznego stosowania),
- receptę na ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego do maksymalnie 120-dniowego okresu stosowania.

Zmiany zostały wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie recept lekarskich.

Dane ze strony: <http://www.bpp.gov.pl/aktualnosci/zmiany-w-sposobie-wystawiania-recept-lekarskich,206.html>

3. Bezpłatne leki dla seniorów

Od 1 września 2016 r. obowiązuje wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, które na podstawie recepty bezpłatnie mogą otrzymać wszystkie osoby, które ukończyły 75. rok życia.

Pacjenci, którzy ukończyli 75 lat mogą korzystać z wybranych leków bezpłatnie na podstawie recepty, którą mogą wystawiać uprawnieni lekarze oraz uprawnione pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Warto, aby seniorzy zwrócili się do swojego lekarza rodzinnego o informację, czy stosowany przez nich lek znajduje się w wykazie i czy na podstawie wystawionej przez tego lekarza recepty mogą uzyskać lek bezpłatnie w aptece czy punkcie aptecznym.

Dla siebie, małżonków, wstępnych, zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa recepty na bezpłatne leki dla seniorów mogą wystawiać też lekarze z prawem wykonywania zawodu, którzy zaprzestali jego wykonywania (tzw. recepty pro auctore i pro familiae).

WAŻNE! Na bezpłatne leki dla pacjentów po 75. roku życia recepty nie może wystawić lekarz specjalista np. kardiolog czy diabetolog.

Nie oznacza to jednak braku możliwości skorzystania z bezpłatnych leków. Wystarczy, aby lekarz specjalista, który ordynuje pacjentowi lek znajdujący się w wykazie bezpłatnych leków dla seniorów, przekazał tę informację lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej. Na podstawie takiej informacji lekarz rodzinny będzie mógł wystawić pacjentowi receptę oznaczoną literą S, która uprawnia do bezpłatnego wydania leku w aptece.

Dane ze strony: <http://www.bpp.gov.pl/aktualnosci/bezplatne-leki-dla-seniorow,355.html>

4. Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą wszystkim osobom uprawnionym do świadczeń zamieszkałym/przebywającym na terytorium Polski kompleksowe i skoordynowane świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Świadczenia udzielane są w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), a w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta (również w domu pomocy społecznej). Obejmują także profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawowaną przez pielęgniarkę/higienistkę w środowisku nauczania i wychowania.

Funkcjonowanie POZ (za wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ) oparte jest na prawie do imiennego wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Wyboru dokonujesz poprzez złożenie pisemnej deklaracji u lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej w wybranej przez Ciebie przychodni.

Świadczenia POZ - za wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ - udzielane są w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

Dane ze strony: <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/>

5. Skierowanie

Zgłaszając się do wybranego świadczeniodawcy powinienś przedstawić - oprócz potwierdzenia prawa do świadczeń - ważne skierowanie. Jest ono dokumentem wymaganym przy dostępie do badań diagnostycznych oraz świadczeń realizowanych w ramach:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- leczenia szpitalnego,
- leczenia uzdrowiskowego,
- rehabilitacji leczniczej,
- opieki nad przewlekle chorymi.

Skierowaniem do lekarza specjalisty nie jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego, izby przyjęć, czy szpitalnego oddziału ratunkowego. Jeżeli w karcie informacyjnej wskazana jest kontynuacja leczenia, skierowanie powinien wystawić lekarz prowadzący leczenie pacjenta w szpitalu.

Pamiętaj! Na podstawie jednego skierowania możesz zarejestrować się tylko w jednej placówce udzielającej świadczeń w danym zakresie. Pacjenci wymagający większej niż jedna liczby porad specjalistycznych z danej przyczyny, przedstawiają skierowanie tylko przy pierwszorazowym zgłoszeniu się do wybranej poradni specjalistycznej.

Skierowanie nie jest potrzebne do następujących lekarzy specjalistów:

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

Skierowania nie muszą także przedstawiać następujące osoby korzystające z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- inwalidzi wojenni i wojskowi,
- 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 leczenia odwykowego,

- uprawnieni (żołnierze lub pracownicy) oraz weterani - w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Skierowanie wystawia:

- na badania diagnostyczne, na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na leczenie uzdrowiskowe, na rehabilitację leczniczą, opiekę długoterminową - lekarz POZ lub inny lekarz udzielający świadczeń w ramach ważnej umowy z NFZ. Jeżeli pacjent objęty opieką specjalisty wymaga wykonania niezbędnych, dodatkowych badań diagnostycznych, skierowania na te badania wystawia świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza specjalisty, do którego pacjent ma prawo zgłosić się bez skierowania;
- na badania diagnostyczne kosztochłonne (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) - lekarz będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego w poradni, która zawarła umowę z Funduszem na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, rehabilitację lub psychiatrię, prowadzący leczenie pacjenta i stwierdzający potrzebę wykonania danego badania (w przypadkach uzasadnionych medycznie);
- na leczenie szpitalne - każdy lekarz. Nie musi być to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego!
- na leczenie uzdrowiskowe - lekarz ubezpieczenia zdrowotnego;
- na transport sanitarny - zlecenie wystawia lekarz/felczer ubezpieczenia zdrowotnego;
- na transport sanitarny w POZ - zlecenie wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.
- na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki POZ - zlecenie wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i inni lekarze ubezpieczenia zdrowotnego.

Świadczenia udzielone pacjentowi bez skierowania - poza wymienionymi przypadkami - nie są finansowane przez NFZ, a ich koszty mogą obciążyć pacjenta.

Ważność skierowania

Zazwyczaj skierowanie jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Zachowuje ono swoją ważność do czasu realizacji, np. poprzez ustalenie terminu przyjęcia pacjenta do szpitala.

Po objęciu pacjenta opieką danej poradni, skierowanie ważne jest tak długo, jak długo utrzymuje się problem zdrowotny będący przyczyną wydania skierowania i jak długo lekarz specjalista prowadzący pacjenta wyznacza terminy kolejnych wizyt.

Wyjątkami są:

- skierowanie na leczenie uzdrowiskowe, które podlega weryfikacji co 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia;
- skierowanie do poradni rehabilitacji jest ważne przez 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia leczenia (skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych, 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.

Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych, nie mogą być przyczyną odmowy przyjęcia lub niewpisania pacjenta na listę oczekujących.

Ważne! Pacjent, który w tym roku rejestruje się do poradni specjalistycznej, ma obowiązek dostarczyć oryginał skierowania (o ile jest ono wymagane), nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.

- Termin liczony jest zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, tj.: do terminu nie jest wliczany dzień dokonania wpisu na listę oczekujących; termin kończy się z upływem ostatniego dnia; jeśli koniec terminu przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, termin upływa następnego dnia; w przypadku przesyłania skierowania pocztą - liczy się data nadania listu.
- Jeśli pacjent nie przyjdzie na wyznaczoną wizytę, zostanie skreślony z listy oczekujących, a świadczeniodawca zwraca mu oryginał skierowania.
- Pacjent nie zostanie skreślony z listy oczekujących, jeśli uprawdopodobni, że niezgłoszenie się na wizytę nastąpiło z powodu siły wyższej (powszechnie przyjęte rozumienie siły wyższej: zdarzenie nadzwyczajne, zewnętrzne i niemożliwe do zapobieżenia).
- Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia. Wniosek musi zawierać uzasadnienie przyczyny niestawienia się w ustalonym terminie.
- Pacjent w celu otrzymania danego świadczenia może się wpisać na listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Zasada ta dotyczy również świadczeń udzielanych bez skierowania oraz świadczeń onkologicznych.

Dane ze strony: <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/>

6. Lecznictwo uzdrowiskowe

Leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego. Jeżeli w celu odzyskania sprawności po chorobie lub wypadku, albo z powodu choroby

zawodowej wymagasz określonych zabiegów, które wykonywane są w uzdrowiskach, możesz skorzystać z tego rodzaju leczenia.

W uzdrowisku wykorzystywane są różne bogactwa naturalne i czynniki fizyczne:

- wody mineralne,
- borowiny,
- bodźce klimatoterapeutyczne,
- hydroterapia;
- fizykoterapia,
- kinezyterapia.

W czasie pobytu, w zależności od profilu uzdrowiska, a także od potrzeb i wskazań możesz skorzystać między innymi z:

- kąpeli leczniczych i ćwiczeń w basenach,
- kuracji pitnych i inhalacji,
- natrysków,
- biczów szkockich, masaży wodnych,
- zawijań i okładów,
- ciepłolecznictwa, światłolecznictwa, elektroterapii,
- ultradźwięków, magnetoterapii, laseroterapii,
- krioterapii,
- masażu leczniczego,
- gimnastyki indywidualnej i zbiorowej.

Ważne! Na leczenie uzdrowiskowe mogą być kierowani jedynie pacjenci wystarczająco sprawni, by odbyć podróż do uzdrowiska, samodzielni, zdolni do samoobsługi i korzystania z zabiegów leczniczych.

Czas trwania leczenia uzdrowiskowego

Świadczenia są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych.

Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym trwa 21 dni i jest bezpłatny. Pobyt dziecka trwa 27 dni.

Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym trwa 21 (dwadzieścia jeden) dni. Pobyt dziecka jest bezpłatny, natomiast pobyt osoby dorosłej jest częściowo odpłatny.

Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa 28 (dwadzieścia osiem) dni, jest bezpłatny.

Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa 28 (dwadzieścia osiem) dni, jest częściowo odpłatny.

Uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci trwa od 6 do 18 (od sześciu do osiemnastu) dni.

Skierowanie

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, biorąc pod uwagę Twój aktualny stan zdrowia, brak wskazań lub istniejące przeciwwskazania oraz wpływ leczenia uzdrowiskowego na stan zdrowia. Jest to o tyle ważne, że leczenie uzdrowiskowe jest leczeniem bodźcowym i niektóre schorzenia mogą ulegać zaostrzeniu. Prawidłowo i czytelnie wypełnione skierowanie, przesyłane jest przez lekarza lub przez Ciebie do oddziału wojewódzkiego NFZ, na terenie którego aktualnie zamieszkujesz. Po zarejestrowaniu w oddziale NFZ, skierowanie jest sprawdzane przez zatrudnionego w Funduszu lekarza specjalistę w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, który ocenia jego celowość i wskazuje rodzaj oraz miejsce leczenia uzdrowiskowego.

Jeżeli specjalista stwierdzi przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia - nie potwierdza skierowania. Zwracane jest ono wtedy lekarzowi, który je wystawił, a Ty otrzymasz pisemną informację o tym fakcie. Decyzja jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

Skierowanie podlega weryfikacji co 18 (osiemnaście) miesięcy od daty wystawienia. Jeżeli w tym czasie leczenie nie zostało rozpoczęte, NFZ odsyła skierowanie do świadczeniodawcy, który je wystawił - w celu ponownej weryfikacji.

W przypadku negatywnej weryfikacji, lekarz wystawiający skierowanie zawiadamia o tym fakcie zarówno Ciebie, jak i właściwy oddział NFZ (w ciągu 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania skierowania). Skierowanie, które zostało pozytywnie zweryfikowane przez lekarza, powinno zostać przesłane w ciągu 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania z powrotem do oddziału NFZ, gdzie zostanie ono poddane ponownej ocenie. w przypadku, kiedy jest ona pozytywna, nie tracisz swojego miejsca na liście oczekujących.

Jeżeli zostanie ustalony termin leczenia, oddział wojewódzki NFZ doręczy Ci potwierdzone skierowanie nie później niż 14 (czternaście) dni przed datą rozpoczęcia leczenia.

W przypadku osób dorosłych zalecane jest korzystanie z ambulatoryjnego i sanatoryjnego leczenia uzdrowiskowego oraz rehabilitacji w sanatorium uzdrowiskowym nie częściej niż raz na 18 (osiemnaście) miesięcy. Pracownicy zakładów, które stosowały w produkcji azbest*, zatrudnieni w tych zakładach w dniu

28 września 1997 roku lub przed tą datą, uprawnieni są do korzystania raz w roku z leczenia uzdrowiskowego i są zwolnieni z odpłatności związanej z leczeniem uzdrowiskowym.

* Zakłady wymienione w załączniku nr 4 do ustawy z dnia 19 czerwca 1997 roku o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. Nr 3 poz. 20 z 2004 roku, z późn. zm.)

Dane ze strony: <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/leczenie-uzdrowiskowe1/>

7. Gdzie szukać pomocy w niedzielę i święta oraz po godz. 18-tej

Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ obejmują świadczenia udzielane w dni powszednie po godzinie 18.00 do 8.00 rano dnia następnego i całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy:

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

Dane ze strony: <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/>

8. Szpitalne Oddziały Ratunkowe

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.

Dane ze strony: <http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2019/1213/1>

II. WYKAZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

1. Przychodnie i szpitale

- a) Poradnie/gabinety podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)
- b) Przychodnie specjalistyczne
- c) Szpitale i opieka całodobowa
- d) Leczenie w warunkach domowych
- e) Leczenie stomatologiczne
- f) Badania diagnostyczne

2. Nagła pomoc doraźna

- a) Pomoc medyczna w nagłych przypadkach
- b) Leczenie ambulatoryjne – pomoc doraźna
- c) Leczenie stomatologiczne – pomoc doraźna
- d) Izby przyjęć
- e) Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)

Aktualne dane dotyczące świadczeniodawców usług medycznych znajdują się w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta w wyszukiwarce „Gdzie się leczyć?”. Jest to prosty sposób na uzyskanie listy miejsc, w których każdy pacjent może otrzymać pomoc medyczną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wyszukiwarka dostępna pod adresem: <https://zip.nfz.gov.pl/GSL/>