

Razem dla zdrowia

Poradnik dla pacjentów

- jak się skutecznie poruszać
w systemie ochrony zdrowia?



Autorzy:

Ewa Borek

Kinga Wojtaszczyk

Adrian Janus

Piotr Dąbrowicki

Warszawa, luty 2015

Partnerzy



Spis treści

Od Autorów	2
Część ogólna	3
1. Bądźmy odpowiedzialni za swoje zdrowie.	3
2. Trzeba współpracować. Medycyna zmiany stylu życia wymaga dobrej komunikacji i współpracy lekarza i pacjenta.	7
3. Pacjencie słuchaj swojego lekarza i przestrzegaj jego zaleceń	8
4. Lekarzu, pytaj swojego pacjenta o zdanie, o to co sądzi o zaleconym leczeniu, badaniach czy rozpoznaniu.	9
5. Wiedza ratuje życie.	9
6. Nie bójmy się leczyć się sami.	11
7. Zwalczajmy ból odpowiedzialnie	12
Część szczegółowa. Jak się poruszać w systemie ochrony zdrowia w Polsce?	13
1. Podstawy wiedzy o systemie ochrony zdrowia. Komu przysługuje prawo do świadczeń?	13
2. Lekarz pierwszego kontaktu. Podstawowa Opieka Zdrowotna – POZ.	16
3. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ	20
4. Szybka ścieżka onkologiczna	21
5. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)	27
6. Zasady zapisywania na listę oczekujących do lekarzy specjalistów, na badania lub zabiegi szpitalne.	33
7. Lecznictwo zamknięte czyli leczenie szpitalne	37
8. Opieka długoterminowa i paliatywna	39
9. Opieka stomatologiczna	41
10. Rehabilitacja	43
11. Leki	46
12. Pomoc w nagłych wypadkach. System Ratownictwa Medycznego	48
13. Leczenie za granicą	51
14. Mity o dostępie do opieki zdrowotnej, które warto znać.	55
15. Prawa pacjenta	60
Piśmiennictwo	61
Ważne strony www	62

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 złych 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 zajmują się tylko poszukiwaniem winnych, kiedy problemy pojawiają 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, 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.

Celem tego poradnika jest wskazanie, co możemy razem 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, po wprowadzeniu zmian od stycznia 2015 roku w związku z wejściem w życie pakietu onkologicznego i kolejkowego.

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

Zaledwie **co trzeci** badany w sondażu Gazety Wyborczej „Leczyć po ludzku” 2009 uważał, że chorzy w Polsce są traktowani po ludzku.

Lekarzom ufa w Polsce **43%** ankietowanych, to najgorszy wynik na świecie.
(NEJM 2014)

Na wizytę u ortopedy trzeba czekać **2 miesiące**.
Na endoplastykę stawu biodrowego - 22,5 miesiąca.
(Fundacja WHC)

Część ogólna

1. Bądźmy odpowiedzialni za swoje zdrowie

W ciągu ostatnich lat medycyna zatoczyła wielkie koło. Z medycyny, która ratuje życie i zdrowie stała się medycyną zmiany stylu życia. Lekarz był kiedyś panem życia i śmierci, decydował o sprawach ostatecznych, czy pacjent przeżyje, czy będzie sprawny. Interwencje medyczne miały charakter radykalny i odpowiedzialność za efekt leczenia spoczywała na barkach lekarza, personelu medycznego. To sprawiało, że pacjenci nie czuli się za swoje zdrowie odpowiedzialni. Dodatkowo, takiemu delegowaniu odpowiedzialności sprzyjał system zinstytucjonalizowanej opieki zdrowotnej w PRLu, gdzie lekarz był obecny w każdym zakładzie pracy. 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. Dodatkowo, edukacja zdrowotna nie była objęta w Polsce powszechnym programem nauczania. O zdrowiu uczyliśmy się z akcji profilaktycznych i promocyjnych, z billboardów, z mediów. Zdrowia także dziś nie uczymy się w szkole, więc poziom naszej wiedzy o zdrowiu jest niski i przypadkowy. Nie mamy, tak jak w niektórych krajach, systemu ubezpieczeń zdrowotnych, który wiązałby się z wyższą składką w przypadku chorób wynikających ze złych nawyków stylu życia czy nałogów. Nie mamy więc jako społeczeństwo nawyku brania odpowiedzialności za swoje zdrowie. Ale może nie do końca. Młodzi ludzie inaczej postrzegają odpowiedzialność za własne zdrowie. Bycie fit jest modne. Młodzi coraz częściej przykładają wagę do codziennego wysiłku fizycznego i jakości tego co jedzą. Mają świadomość, że najlepsza polisa zdrowotna to dobra kondycja fizyczna i wieloletnia dyscyplina w zakresie stylu życia. Trudno powiedzieć, jak wygląda ich świadomość w zakresie profilaktyki nowotworów i badań kontrolnych. Jeśli taka świadomość istnieje, to mają oni realną szansę dożyć późnej starości i nie mieć długo większych problemów ze zdrowiem. A my wszyscy powinniśmy się tych zdrowych postaw od młodych ludzi uczyć.



Podejście do zdrowia

Aż **82%** Polaków uważa, że ich zdrowie leży w ich własnych rękach

50% regularnie wykonuje badanie lekarskie

6% wierzy w informacje dotyczące zdrowia udzielane przez lekarzy

60% wierzy w informacje dotyczące zdrowia pojawiające się w mediach

81% ma świadomość, że mogłoby poprawić swój stan zdrowia

Wg USP Style zdrowia Polaków, Raport 2013

Jak żyć żeby uchronić się przed rakiem?

Przede wszystkim:

✓ Rzuć palenie!



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.

✓ Jedz jak najwięcej świeżych warzyw i owoców!



Mieści się w nich wszystko, co jest niezbędne dla zdrowia i prawidłowego funkcjonowania komórek twojego ciała. Zrozum wreszcie, że zachęcanie (także na łamach naszego miesięcznika) do jedzenia owoców, warzyw, nasion, to nie kwestia mody, ale wiedza! Ileż leków przeciwrakowych wywodzi się ze związków zawartych w roślinach! Pokarm roślinny to oczywista prewencja!

✓ Ogranicz tłuszcz i cukier

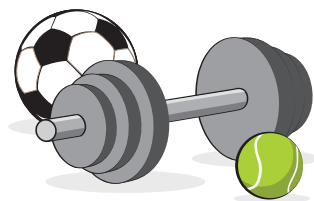


Jak najmniej tłuszczów nasyconych w diecie jest ważne dla utrzymania serca i w ogóle całego organizmu w dobrej kondycji. Badania pokazują, że osoby, które spożywają wiele artykułów spożywczych i napojów z dodatkiem cukru, spożywają także więcej kalorii. A przede wszystkim - wiele nowotworów ma swoje źródło w złej diecie.

✓ Ogranicz ilość soli



Zwłaszcza jeśli masz wysokie ciśnienie krwi. Dzienna porcja soli dla dorosłego człowieka nie powinna przekraczać 6 gramów (2400 mg sodu) na dobę. Patrz, co nakładasz na talerz. Pamiętaj, że świeże owoce i warzywa nie zawierają soli...



✓ Zaczynj ćwiczyc

Regularne ćwiczzenia nie tylko poprawiają kondycję fizyczną, ale także wpływają na lepsze samopoczucie. Liczne badania wykazały, że aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia niektórych nowotworów, wydłuża życie, pomaga osiągnąć spadek niechcianej wagi, poprawia nastrój, obniża ciśnienie krwi. Nie znaczy to, że musisz codziennie chodzić na siłownię czy biegać do siódmych potów, ale kilkunastominutowy szybki spacer niech się stanie twoim nawykiem.



✓ Ogranicz picie alkoholu

Alkohol pity w nadmiarze podnosi ciśnienie krwi. Szkodzi też wątrobie, sercu, mózgowi. Poza tym, jest to ogromna ilość pustych kalorii, o czym musisz wiedzieć, jeśli próbujesz bezskutecznie schudnąć. Pożegnaj nadmierne spożywanie trunków, zwłaszcza słodkich. Dopuszczalna dawka alkoholu to 8 g dziennie dla kobiety i 16 g dla mężczyzny (uwaga: mowa o czystym alkoholu, w przeliczeniu na kieliszki dawka dla kobiety to: 1 kieliszek wódki, 1 małe piwo, 1 lampka wina, dla mężczyzny - podwójnie).



✓ Pamiętaj o badaniach profilaktycznych

Nie pozwól zaskoczyć się chorobie. Regularne wykonywanie badań (m.in. bezpłatnych mammograficznych, cytologicznych, kolonoskopowych, analiz krwi), pozwoli tobie i twojej rodzinie uniknąć przykrych niespodzianek. Profilaktyka to przecież monitorowanie twojej kondycji zdrowotnej oraz wczesne wykrywanie wszelkich zagrożeń.



✓ Naucz się czegoś nowego

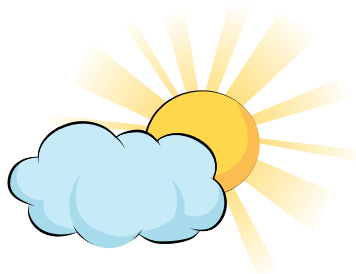
Ćwicz nieustannie swoje szare komórki, niech twój mózg nie gnuśnieje. Znajdź w zdobywaniu wiedzy sposób na motywowanie siebie (czy wiesz np., jak funkcjonują komórki twojego organizmu? A przecież są one podstawą twojego zdrowia!).



✓ Odpoczywaj regularnie

Staraj się dawać organizmowi tyle snu, ile potrzebuje (byle jednak nie za dużo; 8 godzin to maksimum!). Podczas odpoczynku ma on bowiem szansę zregenerować się. Także w ciągu dnia znajdź choć chwilę na „wyłączenie się”. Naucz się medytacji i głębokiego, relaksującego oddechu. Ale przede wszystkim, nie poddawaj się stresowi! Uśmiechaj się, ba, tarzaj się ze śmiechu, jak najczęściej! Ludzie weseli żyją i dłużej, i lepiej!

✓ Ciesz się życiem, odrzuć pesymizm, nawet, jeśli masz czasem „pod górkę”...



To niezmiernie ważne dla zdrowia! Otaczaj się ludźmi, których „szklanka jest do połowy pełna”, czyli optymistów. W ich gronie szukaj przyjaciół! Wychodź z domu i próbuj czegoś nowego. Może drzemie w tobie jakiś ukryty talent! Kontakt z telewizorem (oraz komputerem) zostaw na wyjątkowe okazje (no chyba że pracujesz zawodowo z komputerem...). Wokół jest całe mnóstwo atrakcji artystycznych i rekreacyjnych, ćwicz zatem także swoją spostrzegawczość. Zyska na niej nie tylko twoje ciało, ale i umysł!

A więc - do dzieła!

Kodeks Walki z Rakiem, Polska Unia Onkologii, 2013,

2. Trzeba współpracować.

Medycyna zmiany stylu życia wymaga dobrej komunikacji i współpracy lekarza i pacjenta

Trudność współczesnej medycyny polega na tym, że zmniejsza się obszar tego, co dla naszego zdrowia może zrobić bezpośrednio lekarz a zwiększa się zakres wpływu na nasze własne zdrowie. Medycyna przestała być medycyną ratującą życie. Stała się bardziej medycyną zmian stylu życia, co nie znaczy, że stała się łatwiejsza.

Jej skuteczność zależy w coraz większym stopniu od postaw 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, dużo cierpliwości, pracy i dobrej komunikacji. Proces leczenia jest wieloletni. Jego skuteczność często jest niższa niż metod medycyny interwencyjnej i zależy głównie od jakości współpracy między obiema stronami.

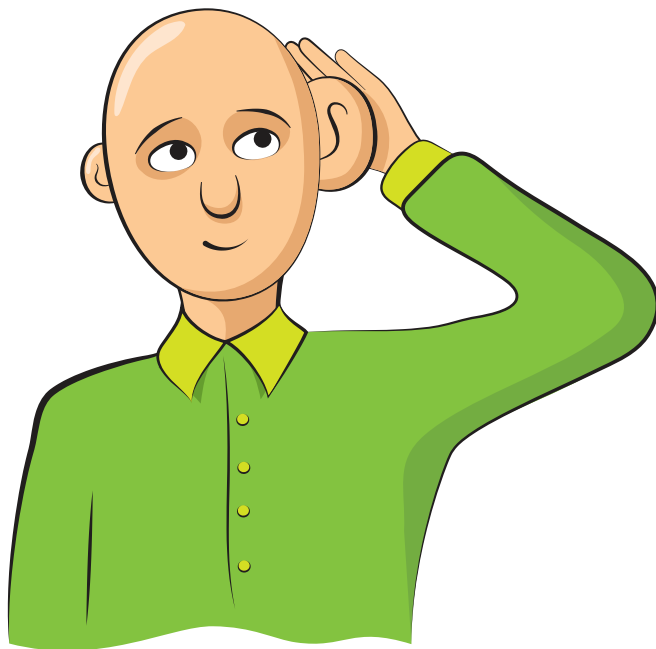
Zależy od umiejętności porozumienia się obu stron - od empatii i przyjaznego podejścia do siebie nawzajem. O umiejętności lekarza zbudowania partnerstwa, docenienia pacjenta za drobne zmiany postaw, od umiejętności pytania pacjenta o zdanie. Od wiedzy pacjenta, od jego zaufania do lekarza. Relacja lekarz pacjent we wspólnym budowaniu dobrych nawyków stylu życia przypomina relację klient - terapeuta jaką znamy z terapii psychologicznej. Potrzeba tu bardziej umiejętności miękkich niż konkretnej wiedzy medycznej a efekt zależy od wzajemnych relacji stron.

Tak więc wobec wyzwań współczesnej medycyny można powiedzieć, że lekarze i pacjenci są skazani na współpracę i dobre wzajemne relacje i bez tej współpracy pacjentom nie uda się osiągnąć tego, co dla nich najważniejsze - zdrowia. Postawa wzajemnej wrogości z pewnością nie prowadzi do tego celu.

3. Pacjencie słuchaj swojego lekarza i przestrzegaj jego zaleceń

W świetle badań przeprowadzonych wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym **51%** pacjentów nie przestrzega zaleceń lekarza. Ciśnienie jest prawidłowe zaledwie u **30%** pacjentów leczonych lekami hipotensyjnymi a zjawisko braku wdrażania zaleceń lekarza czyli non compliance jest przyczyną 10% hospitalizacji z powodu nadciśnienia i jego powikłań. Brak przestrzegania zaleceń lekarzy oznacza 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. Koszty ponosi również pacjent – koszt utraconego czasu, dopłat do niezajmowanych leków czy tego co najważniejsze – utraty zdrowia. Brak współpracy oznacza istotne koszty społeczne i prywatne.

Nie opłaca się nie współpracować. Na ten brak współpracy nie stać nas ze społecznego punktu widzenia.



4. Lekarzu, pytaj swojego pacjenta o zdanie, o to co sądzi o zaleconym leczeniu, badaniach czy rozpoznaniu

Nie bez winy są też lekarze. Ordynują leczenie, leki, stawiają diagnozę i z reguły nie pytają, 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 rozwianie wątpliwości pacjenta, na wyjaśnienia, na pytanie pacjenta o jego potrzeby, wybory, 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**. W świetle badań pacjentów z cukrzycą, 68% z nich obawiało się prosić lekarza o zmianę leczenia na tańsze odpowiedniki i rozmawiać z nim o rosnących kosztach leków. Również w aptece pacjenci rzadko proszą o zmianę leków na tańsze odpowiedniki. Pacjenci często obawiają się adresować 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?**

5. 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”. Co one oznaczają w praktyce? Oznaczają tyle, że połowa z nas leczy się już u Doktora Google. A prawie wszyscy pacjenci tego doktora są z jego usług zadowoleni. A 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.



Tego oczywiście nikt nie wie, choć wiele osób próbuje to zbadać. 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 pomocy, odwiedzają wielu specjalistów i nie otrzymują skutecznej pomocy. To sprawia, że rozpoczynają własne studia materiałów dostępnych w internecie. Prowadzi to często 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, jak naszym pierwszym konsultantem medycznym jest doktor Google. Poczytajmy o swoim problemie na stronach dla pacjentów, dla lekarzy, poczytajmy co piszą i mówią o swoich problemach inni pacjenci. Wątpliwości omawiajmy z naszym lekarzem podczas wizyty. Niech to on weryfikuje wiarygodność informacji pochodzących z innych źródeł. Lekarze cenią wyedukowanych pacjentów. Uważają, że leczenie takich pacjentów jest skuteczniejsze.

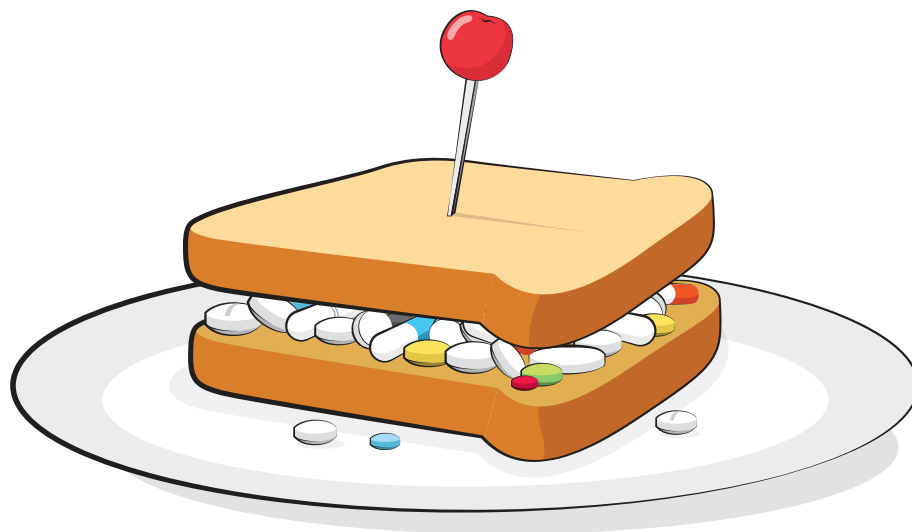
6. Nie bójmy się leczyć się sami

Nie ma nic złego w tym, że proste problemy ze zdrowiem próbujemy rozwiązywać sami. Katar nie wymaga interwencji lekarza. Bardzo pomocny w prostych problemach zdrowotnych może okazać się też farmaceuta. Oszczędzamy wtedy czas i pieniądze poświęcone na prywatną wizytę lekarską. Nie z każdym problemem zdrowotnym powinniśmy natychmiast pędzić do lekarza. Nie zawsze można się do niego dostać od razu. Nie każdy problem ze zdrowiem zasługuje na to, żeby go konsultować z lekarzem. W Skandynawii, gdzie poziom zadowolenia pacjentów z usług medycznych jest raczej 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 większość naszych chorób leczy się sama i objawy znikają w ciągu tygodnia lub dwu. Zwalcza je samodzielnie nasz organizm. Interwencja z zastosowaniem leków jest potrzebna do zwalczenia części problemów zdrowotnych. Przytoczmy motto Agencji Oceny Technologii Medycznych „Pacjenci mogą odzyskać zdrowie niezależnie od leków lub z ich pomocą”. 52% z 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. Leczymy się więc sami, a pomocy lekarzy szukajmy wtedy, gdy nie umiemy poradzić sobie z problemem. Bądźmy wyedukowanymi i samodzielnymi pacjentami. To najlepsza rzecz, jaką możemy sami zrobić dla własnego zdrowia.



Samoleczenie powinno być stosowane w przypadkach typowych, najczęściej występujących powszechnie zmian chorobowych, gdy człowiek uznaje, że pomoc lekarza jest zbędna oraz postawienie diagnozy nie budzi wątpliwości a ogólnodostępne środki farmaceutyczne są wystarczające do wyeliminowania dolegliwości.

7. 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 PLN. Łykamy najwięcej środków przeciwbólowych w Europie. Co 4ty Polak nosi je stale przy sobie. Preparaty te są dostępne wszędzie – w sklepie, 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 nie mając świadomości, że przedawkujemy leki przeciwbólowe. Stosujemy często kilka leków o działaniu przeciwbólowym czy przeciwzapalnym jednocześnie. NFZ wydał na leczenie powikłań nadużywania leków przeciwbólowych takich jak krwawienia z przewodu pokarmowego, niewydolność nerek czy wątroby **300 mln PLN**. Już kilkunastu niewłaściwe stosowanie niesterydowych leków przeciwzapalnych (NZLP) może powodować poważne powikłania.

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. 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 do ZUS i w niektórych sytuacjach ze środków Ministerstwa Zdrowia. ZUS przekazuje nasze składki do NFZ, który rozdziela je na poszczególne oddziały wojewódzkie, a te wydają je na zakup wszystkich rodzajów leczenia.

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 znaczenia - każda placówka medyczna 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.

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

Aby skorzystać z bezpłatnego leczenia trzeba mieć do niego uprawnienia, czyli płacić składki na ubezpieczenie zdrowotne. 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 grup społecznych nie płaci składek: dzieci, studenci, niepracujący małżonkowie, bezrobotni, bezdomni. Dla większości ubezpieczonych składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% przychodów. Rolnicy płacą znacznie mniejsze składki niż reszta społeczeństwa. Bardzo często pacjent wyraża 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, 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. Takie leczenie to często jest wydatek setek tysięcy złotych.

Obecnie funkcjonuje system e-WUŚ (elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców), 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 albo z ZUS albo z NFZ. W takiej sytuacji rejestratorka powinna dać pacjentowi specjalny druk-oświadczenie, które zapewnia świadczeniodawcę, że **pacjent jest pewny swoich praw do ubezpieczenia** i na tej podstawie pacjent uzyskuje bezpłatną poradę. Wyjaśnieniem z ZUS, dlaczego system eWUŚ nie rozpoznaje jego prawa do ubezpieczenia pacjent może 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. My pacjenci nie dajmy się zbyć informacją, że nie należy nam się świadczenie bo system eWUŚ wskazuje na brak uprawnień. Żądajmy usługi na podstawie podpisanego oświadczenia o prawie do świadczeń.

Wzór oświadczenia możemy znaleźć pod adresem:

www.zip.nfz.gov.pl/ap-portal/app/029_1.pdf.

Lekarze powinni znać prawo, które zobowiązuje ich do ratowania życia i zdrowia niezależnie od posiadanych przez pacjenta lub nie uprawnień do leczenia. **Nie dajmy się odsyłać i nie odsyłamy!**

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 18-latków, niezgłoszonych przez nowego pracodawcę, niepracujących małżonków, którzy pracują dorywczo na umowę-zlecenie, ale także osoby objęte świadczeniem rehabilitacyjnym czy chorobowym, za które składki płaci ZUS. Tacy pacjenci wyświetlają się na ekranie świadczeniodawcy na czerwono jako nieubezpieczeni. 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.

2. Lekarz pierwszego kontaktu. Podstawowa Opieka Zdrowotna - POZ-

Podstawowa opieka zdrowotna to najważniejsza część systemu opieki zdrowotnej. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), nazywany także 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 konkretnego

lekarza, u którego pacjent chciałby się leczyć. Deklaracje mogą być składane w formie papierowej oraz elektronicznej, choć ten ostatni sposób dostępny jest od niedawna i nie został jeszcze upowszechniony. Wybór obejmuje także pielęgniarkę oraz położną POZ. 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 płatnika w ramach finansowania kontraktu na jednego lekarza POZ nie może przypadać więcej niż 2750 pacjentów.



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 do lekarza bez zmiany deklaracji i bez ponoszenia jakichkolwiek opłat.

Świadczenia lekarza POZ obejmują:

- 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,
- 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 doświadczeń transportu sanitarnego w POZ i wystawianie zleceń przewozów, wystawianie zleceń na realizację świadczeń pozostających w zakresie zadań pielęgniarstwa 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 lub zaświadczenia wystawione przez położną, 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),
- gastroscopia,
- kolonoskopia.

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

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

Nie można oczekiwać, że lekarz POZ wykona nam inne badania spoza tej listy. Co więcej, lekarz płaci za te badania ze swojego budżetu, co stanowi istotną barierę w zlecaniu pacjentom niezasadnionych badań diagnostycznych.

Formą finansowania świadczeń POZ jest metoda kapitacyjna czyli płacenie lekarzowi za 1 objętego w ciągu roku opieką pacjenta. Wysokość stawki podstawowej w 2015 r. wynosi 140,04 zł do 144,00 zł na rok na pacjenta zadeklarowanego, 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 $2,0 \times 140,04$ 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 **385 110 zł na rok** ($2750 \times 140,04$ zł = 385 110 zł). W powyższej kwocie zawarte jest wynagrodzenie lekarza oraz wszelkie koszty związane z prowadzeniem praktyki w ramach kontraktu w tym także koszty zleconych pacjentom badań dodatkowych.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej po wyczerpaniu własnych dalszych 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 niezbędnych 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 w ogóle poruszać się sam, 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 środkami komunikacji publicznej i wymaga pomocy opiekuna, może uzyskać transport sanitarny za dopłatą.

Lekarz pierwszego kontaktu w ramach badań kosztochłonnych, ma prawo kierować pacjentów tylko na kolonoskopię i gastroskopię. Skierowania na inne badania tego rodzaju, takie jak tomografia komputerowa czy rezonans wymagają skierowania wystawionego przez lekarza specjalistę.

3. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ

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 placówki Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej, 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 pielęgniarstwa zleconego przez lekarza, wynikającego z udzielonej porady,
- świadczenia pielęgniarstwa realizowanego w warunkach ambulatoryjnych lub w domu chorego, zleconego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikającego z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

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/.

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

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

4. Szybka ścieżka onkologiczna

Szybka ścieżka onkologiczna jest rozwiązaniem skierowanym do pacjentów chorych na nowotwory złośliwe. „Pakiet onkologiczny” nie obejmuje innych rodzajów nowotworów („niezłośliwych”), a także 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 pierwszego kontaktu
- zwiększenie roli opieki ambulatoryjnej i dążenie do zmniejszenia liczby hospitalizacji

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego

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. Jest to 7-stronicowy dokument w formacie A4. Karta jest drukowana z systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia, a następnie wypełniana ręcznie przez lekarza na kolejnych etapach leczenia.

[illegible]

Karta zawiera m.in.:

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

Najszerze 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 pierwszego kontaktu nie musi więc sformułować ostatecznej diagnozy, by skierować pacjenta na szybką ścieżkę diagnostyki i leczenia. Wystarczy tylko podejrzenie sformułowane w oparciu o wywiad z pacjentem oraz dotychczas przeprowadzone badania wstępne.

Lekarz POZ ma prawo do wydawania KDİLO 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, musiałby zapłacić karę umowną na rzecz NFZ.

Kartę może także wydać **lekarz specjalista** w poradni ambulatoryjnej (AOS), jeśli **zdiagnozuje** chorobę nowotworową. Paradoksalnie 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 Kartę **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, a nawet skierowania do szpitala, **nie jest możliwe wydanie KDİLO z prywatnego gabinetu lekarskiego**. 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.

WAŻNE!

Placówka zdrowotna, która sporządza dokumentację medyczną dotyczącą diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, ma obowiązek sporządzić i przekazać **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.

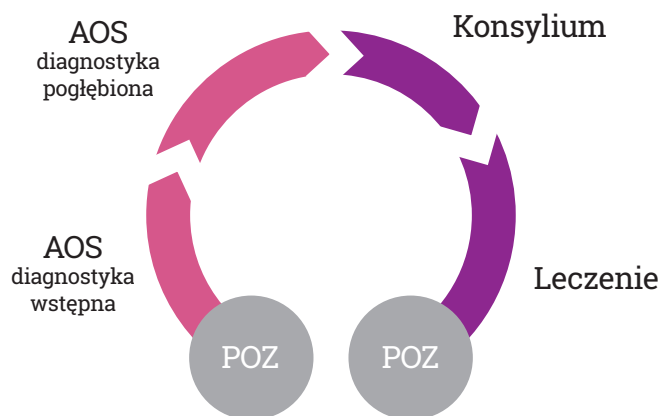
Karta zastępuje skierowanie oraz dokumentuje jednocześnie cały proces diagnostyki i leczenia, aż do momentu powrotu pacjenta do lekarza rodzinnego, po zakończeniu leczenia.

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 przekazuje się lekarzowi POZ. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej.

Szybka terapia onkologiczna to trzy etapy:

- 1 szybka diagnostyka
- 2 szybkie leczenie
- 3 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 specjalisty jest konieczna
- W przypadku podejrzenia nowotworu pacjent otrzymuje kartę pacjenta onkologicznego

Lekarz specjalista

- **Potwierdzenie nowotworu i pogłębiona diagnostyka**
- Wczesna diagnostyka - potwierdzenie bądź wykluczenie nowotworu
- Diagnostyka pogłębiona - określenie rodzaju wykrytego nowotworu, stopnia zaawansowania, liczby i miejsc ewentualnych przerzutów

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

- **Monitoring po zakończeniu terapii**
- Po zakończeniu leczenia koordynator przekazuje pacjenta pod opiekę specjalisty odpowiedzialnego za wstępną diagnostykę. W sytuacji braku pogorszenia stanu zdrowia, pacjent kierowany jest do lekarza rodzinnego

Odrębna kolejka dla pacjentów posiadających Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego

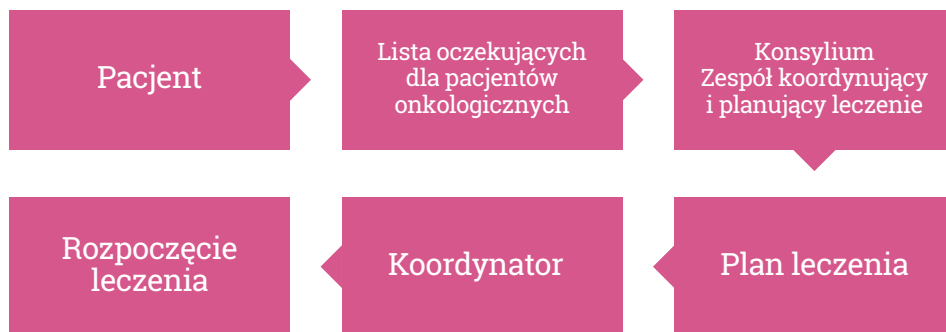
Pacjenci nowi z podejrzeniem nowotworu złośliwego oraz kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz pacjenci nowi z rozpoznaniem nowotworu złośliwego skierowani do leczenia z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego są wpisywani na oddzielną listę oczekujących – dla pacjentów onkologicznych.

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

W ramach szybkiej ścieżki onkologicznej przeprowadza się wstępną i pogłębioną diagnostykę onkologiczną.

- **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, mające na celu szczegółowe zróznicowanie (w szczególności typu histopatologicznego) nowotworu oraz ocenę zaawansowania stanu chorobowego, umożliwiające 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 o umieszczenie poniższego logo:



Lekarze posiadający prawo wydawania KDiLO powinni być oznaczeni logo Szybkiej Terapii Onkologicznej. Tym samym logo oznaczeni są świadczeniodawcy realizujący diagnostykę i leczenie na podstawie Karty. Szczegółowe informacje o szybkiej terapii onkologicznej, znajdują się na portalu uruchomionym przez Ministerstwo Zdrowia: **pakietonkologiczny.gov.pl**

5. 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 warto 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 specjalisty 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 jednorodnych grup pacjentów. Metodologia oparta jest na grupowaniu przypadków podobnych do siebie pod względem problemu zdrowotnego. Wyróżnia się **grupy zachowawcze** i **grupy zabiegowe**. Grupy zabiegowe zawierają procedury medyczne, które były dostępne w szpitalnictwie, a których wykonanie jest możliwe w 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 z zespołu, który zajmował 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 rozpoznany schorzeniem;
- **specjalistyczną zabiegową** – jest to świadczenie, w ramach którego wykonuje się procedurę zabiegową w celach diagnostycznych, 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

Uprawniony do wystawiania recept jest lekarz zatrudniony w placówce posiadającej kontrakt z NFZ lub lekarz, który zawarł z Funduszem umowę na wystawianie recept refundowanych.

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

Od powyższych reguł przewidziano kilka wyjątków:

- 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;
- recepty, na których przepisano preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N lub substancje psychotropowe grupy II-P, są realizowane nie później niż w ciągu 30 dni od daty ich wystawienia;

Na jednej receptce 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 receptce 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 receptce 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, mazideł, 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.

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

Lekarz specjalista może skierować pacjenta na wszystkie badania diagnostyczne niezbędne do rozpoznania choroby, postawienia diagnozy 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:

- USG Doppler duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu;
- 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,
- położnika,
- onkologa,
- psychiatry,
- stomatologa,
- wenerologa.

Bez skierowania są przyjmowane następujące grupy pacjentów:

- inwalidzi wojenni,
- osoby represjonowane,
- kombataneci,
- 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) – 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. Wyjątkami są:

- 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.

Uwaga!

Niedopuszczalna jest praktyka odsyłania pacjentów z powodu wadliwości skierowania. W takiej sytuacji pacjent powinien donieść prawidłowe skierowanie we wskazanym powyżej 14-dniowym terminie.

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

WAŻNE!

- Dopóki chory jest pod opieką poradni specjalistycznej wszystkie badania 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. Niedopuszczalne jest odsyłanie chorego do lekarza rodzinnego w tym celu.
- Podczas wizyty pacjent powinien zostać zapisany na termin kolejnej wizyty u specjalisty. Niedopuszczalna jest praktyka, gdy raz na miesiąc / kwartał / pół roku rejestracja organizuje zapisy pacjentów na wizytę do specjalisty.
- Niedopuszczalne jest wydawanie pacjentom w rejestracji „karteczek” ze spisem wymaganych przy przyjęciu badań oraz z terminem ich ważności np. 2 tygodnie. Pacjent zgłasza się do poradni ze skierowaniem i badaniami wykonanymi przez lekarza kierującego i to jest jedyny warunek zarejestrowania.
- Podobnie jest z transportem sanitarnym – jeśli pacjent poradni specjalistycznej wymaga kontroli i ma wyznaczoną wizytę, zlecenie na transport w przypadku, kiedy nie może z przyczyn zdrowotnych sam dotrzeć do gabinetu, musi otrzymać od lekarza specjalisty, a nie być w tym celu odesłany do POZ.
- Na podstawie jednego skierowania na określone leczenie można wpisać się wyłącznie na jedną listę oczekujących.

Uwaga!

Niedopuszczalna jest praktyka odsyłania pacjentów z powodu wadliwości skierowania. W takiej sytuacji pacjent powinien donieść prawidłowe skierowanie we wskazanym powyżej 14-dniowym terminie.

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.

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

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”.

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.

Obowiązkiem świadczeniodawcy jest poinformowanie pacjenta o planowanym terminie udzielenia świadczenia i o każdej zmianie tego terminu, jak również przyczynie zmiany. Dlatego tak ważne jest podanie świadczeniodawcy aktualnych danych kontaktowych, tj. właściwego adresu do korespondencji, numeru telefonu, czy adresu poczty elektronicznej.

Również pacjent ma określone obowiązki. Jeśli nie może się stawić w wyznaczonym terminie lub rezygnuje z udzielenia świadczenia, powinien poinformować o tym świadczeniodawcę w możliwie najkrótszym terminie. Należy kontaktować się ze świadczeniodawcą także w przypadku, gdy stan zdrowia ulega zmianie i gdy zaistnieje potrzeba wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia. Wówczas lekarz może podjąć decyzję o zmianie kategorii medycznej i wyznaczyć nowy, wcześniejszy termin udzielenia świadczenia. Pacjent może zmienić miejsce leczenia, jeśli poinformuje dotychczas wybranego świadczeniodawcę o rezygnacji z kolejki. Jeżeli tego nie zrobi, blokuje innym pacjentom możliwość uzyskania w tym czasie świadczenia.

Od stycznia 2015 roku pacjent jest zobowiązany dostarczyć do placówki medycznej oryginał skierowanie. Skierowanie należy dostarczyć **w terminie 14 dni roboczych** od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących. Jeżeli skierowanie nie zostanie dostarczone w tym terminie, świadczeniodawca może pacjenta wykreślić z listy oczekujących.

Czas oczekiwania na badanie, wizytę lub zabieg można sprawdzić w portalu prowadzonym przez NFZ – Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne <https://kolejki.nfz.gov.pl/>.

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 podlega skreśleniu 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 zobowiązany 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).

Kolejka u chorych z podejrzeniem choroby nowotworowej

Od 1 stycznia 2015 roku pacjenci cierpiący na nowotwory złośliwe 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 Diagnostyce Onkologicznej.

Dlaczego kolejki do specjalistów są takie długie?

Nie bez winy są chorzy, którzy zapisują się do kilku poradni. Od 2015 roku wprowadzono ograniczenia w postaci elektronicznego monitoringu. Osoba, która zapisała się do kilku poradni jest wykreślana ze wszystkich terminów z wyjątkiem ostatniego.

Nie bez winy są ci pacjenci, którzy nie odwołują swoich wizyt, jeśli z przyczyn zdrowotnych nie odwołują swoich wizyt lub zapominają o nich. Odwoływania wizyt może dokonać również rodzina, znajomi, sąsiedzi.

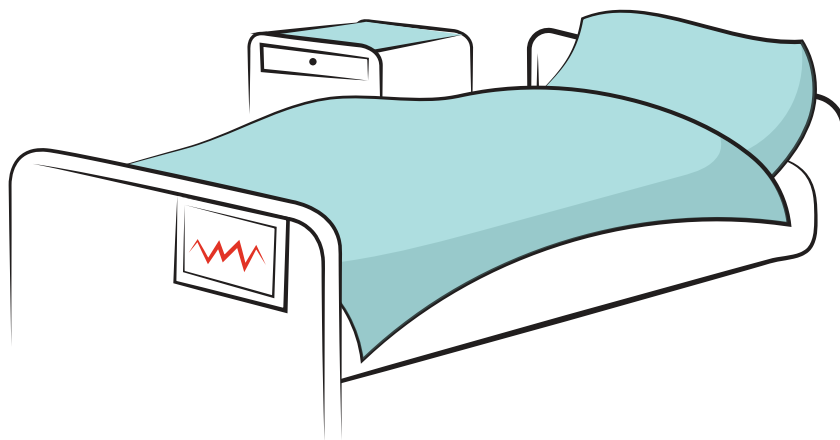
Pacjencie, jeżeli nie możesz przyjść na umówioną wizytę lub miałeś udzielone świadczenie gdzie indziej, poinformuj o tym jak najwcześniej świadczeniodawców, u których jesteś wpisany na listy oczekujących

Jednak główną przyczyną kolejek nie jest zachowanie pacjentów, ale jest brak równowagi między zawartością tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych a środkami przeznaczonymi przez państwo na jego finansowanie. Największe kolejki, a więc największa nierównowaga i niedofinansowanie, dotyczy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Żeby ominąć kolejki pacjenci szukają doświadczeń szpitalnych i szybkiej diagnostyki, którą można wykonać podczas kilkudniowego pobytu w szpitalu lub leczą się u lekarzy praktykujących 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 de facto ponad 70% z własnej kieszeni. To poziom współpłacenia wyższy nawet od tego, który pacjenci znają z dopłat do leków.

7. 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, które są potrzebne lekarzom szpitalnym 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. Nie wolno odsyłać chorego po ponowne skierowanie do lekarza rodzinnego.

WAŻNE!

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

Nierzadką praktyką jest odsyłanie osób zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego po wykonanie badań przed przyjęciem. Te badania ma obowiązek wykonać placówka, która będzie prowadzić leczenie. Pacjent przebywający w szpitalu nie może przyjmować leków przywiezionych z domu, tylko te wydawane z apteki szpitalnej.

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, także profesorskich i ordynatorskich! W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane pacjentowi bez wymaganego skierowania!

8. 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 i/lub psychicznej. Przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, 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 nieubezpieczonego 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 przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego i 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) – wtedy 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 zapobieganie i 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 (funkcjonujących najczęściej w ramach publicznej ochrony zdrowia) oraz przez hospicja (wywodzące się z ruchu społecznego niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej). 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 OUN wywołanych wirusami powolnymi, chorób wywołanych przez wirus HIV, kardiomiopatii, układowych zaników pierwotnych zajmujących OUN, np. stwardnienie zanikowe boczne, zaawansowanej niewydolności oddechowej, owrzodzeń odleżynowych.

Formy opieki paliatywnej i hospicyjnej to:

- hospicjum domowe dla dorosłych,
- poradnia medycyny paliatywnej,
- hospicjum domowe dla dzieci,
- 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).

9. 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. Stomatolog 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.



Pacjentom przysługują m.in.:

- badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej;
- badanie lekarskie kontrolne;
- leczenie próchnicy zębów;
- świadczenia z zakresu leczenia endodontycznego (kanałowego) zębów jednokanałowych;
- usunięcie zębów nazębnych;
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej;
- usunięcie zęba oraz niektóre zabiegi chirurgiczne;
- zdjęcia rentgenowskie wewnątrzustne w razie potrzeby;
- znieczulenie w razie potrzeby.

Jeżeli pacjent wyrazi taką wolę, ma możliwość skorzystania ze świadczeń stomatologicznych, które wykonywane są przy pomocy ponadstandardowych materiałów stomatologicznych. Wiąże się to z dodatkową opłatą, którą będzie musiał uiścić pacjent. Dopłata stanowi różnicę pomiędzy ceną jednostkową świadczenia z użyciem materiałów innych niż gwarantowane, a ceną jednostkową świadczenia z użyciem materiałów gwarantowanych w ramach umowy z Funduszem. Świadczeniodawca, który zamierza udzielać świadczeń za dopłatą, obowiązany jest do umieszczenia w widocznym miejscu informacji o możliwości uzyskania takiego świadczenia oraz cennika dopłat. W ramach bezpłatnych świadczeń pacjentowi przysługuje także leczenie protetyczne. W razie konieczności, 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 przysługuje:

- leczenie z zastosowaniem aparatu ruchomego – do końca 12 roku życia;
- kontrola aparatu wykonanego w ramach świadczeń gwarantowanych – do ukończenia 13 roku życia;
- zdjęcie pantomograficzne – jeden raz w trakcie całego leczenia ortodontycznego;
- naprawa aparatu jeden raz w roku kalendarzowym – do ukończenia 13 roku życia;
- korekcyjne szlifowanie zębów;
- proteza dziecięca częściowa i całkowita.

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

Dodatkowe gwarantowane świadczenia przysługują dzieciom i młodzieży do 18 roku życia oraz kobietom w ciąży i połogu.

10. Rehabilitacja

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 lub na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku stwierdzenia przez lekarza specjalistę wady postawy kwalifikującej się do rehabilitacji leczniczej lub dysfunkcji narządu ruchu, której 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 lub urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii lub w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu.



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

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 do 80 dni zabiegowych w warunkach domowych w roku kalendarzowym, w trakcie których 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 przewlekłe chorych), a także wskazań neurologicznych, reumatologicznych, kardiologicznych, onkologicznych i pulmonologicznych.

W ramach rehabilitacji w ośrodku dziennym w zależności do 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 lub lekarze specjaliści z oddziałów szpitalnych lub poradni specjalistycznych.

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 w zależności do schorzenia realizowane są m.in. zabiegi:

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

Skierowania na leczenie stacjonarne wystawiane są przez lekarzy specjalistów z oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych.

Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej wynosi od 3 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.

11. Leki



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

- jest ubezpieczony,
- posiada ważną, prawidłowo wystawioną przez lekarza receptę,
- lekarz który wystawił receptę jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego czyli podpisał umowę na wystawianie recept refundowanych z 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 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. W każdym z Obwieszczeń, które Minister Zdrowia ogłasza co 2 miesiące wyznaczany 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. 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 około 40% jeśli zsumujemy dopłaty pacjentów do wszystkich leków refundowanych. 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 z własnej kieszeni.

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 ma obowiązek posiadać w aptece leki, które dla pacjenta w każdej grupie limitowej są najtańsze i ma obowiązek 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. Ta postawa może w istotny sposób wpłynąć na zmniejszenie wydatków na leki z kieszeni pacjentów.

Do leków ordynowanych w szpitalach pacjenci nic nie dopłacają. Nie ponoszą też opłat z tytułu leków, które otrzymują w ramach programów lekowych. Pacjent podczas pobytu w szpitalu nie może korzystać z własnych „domowych” leków. Wszystkie leki podawane pacjentom w szpitalach muszą pochodzić z apteki szpitalnej. Nie wolno szpitalom pobierać od pacjentów dodatkowych opłat z tytułu wydawania im leków.

Wykaz leków refundowanych znajduje się pod adresem:

www.mz.gov.pl/leki/refundacja/lista-lekow-refundowanych-obwieszczenia-ministra-zdrowia

12. 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 stwierdzony stan, który wymaga transportu z miejsca zdarzenia do szpitala, to zespół ratownictwa medycznego transportuje taką osobę do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do izby przyjęć / szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora 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 do nich się 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, 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. 20) można skorzystać z pomocy nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej – tak będzie spokojniej i najczęściej szybciej, niż w SOR.

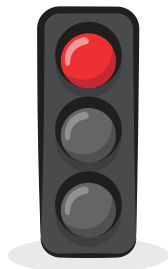
Jeśli natomiast wystąpiły następujące objawy:

- 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.

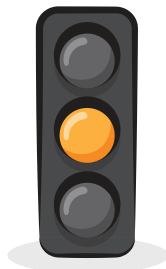
Jeśli po przyjeździe pogotowia okaże się, że potrzebne jest wykonanie badań lub leczenie w szpitalu, trafimy do SOR. Karetka pogotowia może zawieźć pacjenta wyłącznie do SOR najbliższego pod względem czasu dotarcia lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora. Pacjent transportowany przez zespół ratownictwa 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.



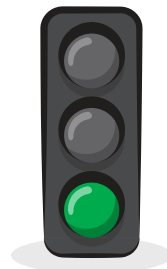
CZERWONY

- 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 kilka godzin i więcej.

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.

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, gdyż brakuje pieniędzy. Musimy poczekać na swoją kolej, ale jeżeli dolegliwości nasilają się, powiedzmy o tym i stanowczo poprośmy o szybszą pomoc. Pomyślny 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 środkami z budżetu państwa, którymi dysponuje właściwy 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 25.10.13 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 leczenia w innym kraju UE. Jest to obok swobody pracy, uczenia się i zamieszkania kolejną ze swobód przyznanych obywatelom państw Unii Europejskiej. Od 25 października 2013 roku obowiązuje we wszystkich krajach Unii Europejskiej i daje polskim pacjentom następujące prawa:

- możemy leczyć się we wszystkich krajach UE nie tylko w nagłych przypadkach, 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 jest więc krokiem w kierunku urynkowienia systemu opieki medycznej - wdraża zasadę swobody przepływu świadczeń zdrowotnych (do tej pory ograniczoną mechanizmem kontraktacji) 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 różnicę pomiędzy poniesionymi kosztami, a kwotą, którą płaci placówkom medycznym za tego rodzaju procedury w Polsce. Wiąże się to z korzystną dla pacjentów poprawą jakości, bezpieczeństwa i dostępności usług zdrowotnych a także 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.

W interesie polskich pacjentów jest aby możliwości korzystania z leczenia za granicą były otwarte szeroko i szybko. 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 publicznego systemu opieki zdrowotnej i 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. Wszystko dlatego, że 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.

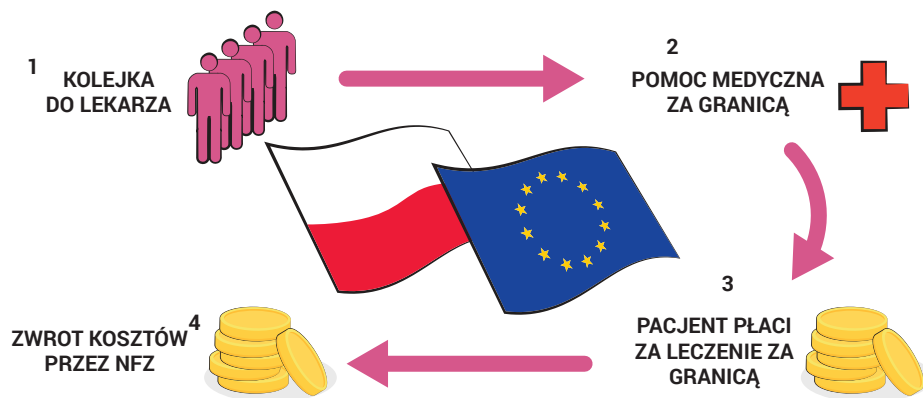
W przypadku wniosku o zwrot kosztów refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia lub wyrobów medycznych do wniosku dołącza się również kopię dokumentacji medycznej, z której wynika medyczna zasadność wystawienia recepty na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób 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.

Bez uprzedniej zgody NFZ nie jest możliwe uzyskanie zwrotu kosztów w odniesieniu do następujących świadczeń:

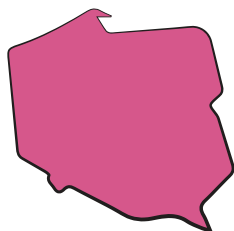
- świadczenia opieki zdrowotnej wymagającego pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń;
- leczenia w ramach programów lekowych, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
- terapii izotopowej;
- teleradioterapii stereotaktycznej;
- teleradioterapii hadronowej wiązką protonów;
- terapii hiperbarycznej;
- wszczepienia pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne;
- badania genetycznego;
- pozytonowej tomografii emisyjnej;
- badania medycyny nuklearnej;
- tomografii komputerowej;
- rezonansu magnetycznego.

Schemat przepływów pacjentów i płatności w transgranicznej opiece zdrowotnej.

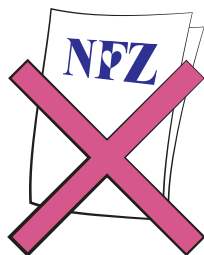


1. Dyrektywa nie obejmuje przeszczepów, opieki długoterminowej oraz szczepień.
2. Nie jest potrzebna zgoda na leczenie nie wiążące się z pobytem w szpitalu i użyciem wysokokosztowej infrastruktury i aparatury medycznej
3. Ma powstać lista procedur, na które potrzebna jest zgoda NFZ. W projekcie tej listy znajdują się m.in. programy lekowe, badania izotopowe, genetyczne, radioterapia, tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny.
4. NFZ zwraca tyle, ile za dane świadczenie płaci lecznicom w Polsce.

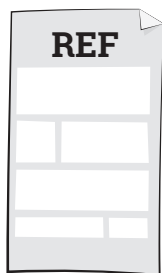
14. Mity o dostępie do opieki zdrowotnej, które warto znać



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 RPP lub oddziału wojewódzkiego NFZ. Nie daj się zbyć argumentem o rejonizacji.



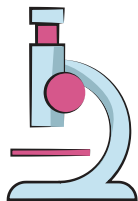
2. Nie jest ważne czy lekarz specjalista, u którego się leczysz ma podpisaną umowę z NFZ, czy też praktykuje prywatnie. Weź zaświadczenie od lekarza prywatnego o chorobie przewlekłej i jej leczeniu gdyż jest ono równie ważne jak zaświadczenie od lekarza publicznej służby zdrowia! Lekarz POZ lub inny specjalista na jego podstawie może wystawić Ci receptę na leki refundowane lub skierowanie na badania niezbędne w trakcie leczenia.



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 przepisze 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 1 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.



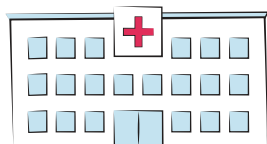
5. Lekarz POZ ma ograniczoną możliwość zlecania badań dodatkowych. Ponadto, za badania płaci z własnego budżetu. Nie oczekuj, że w ramach opieki podstawowej będzie możliwe wykonanie specjalistycznych badań dodatkowych.



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 krwipochodne które mogą być potrzebne podczas twojego zabiegu we własnym zakresie.



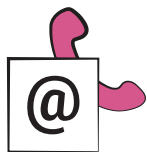
8. Skierowanie do szpitala może wystawić każdy lekarz, nawet praktykujący prywatnie. Lekarz praktykujący prywatnie powinien sam wystawić skierowanie do szpitala i nie powinien odsyłać pacjenta po skierowanie do lekarza POZ



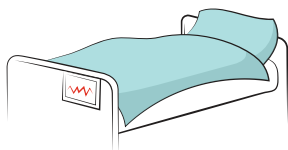
9. Nie potrzebujesz skierowania do lekarza, stomatologa, onkologa, ginekologa i położnika, wenerologa oraz psychiatry. Nikt nie może wymagać od Ciebie skierowania do tych specjalistów.



10. Nie musisz posiadać przy sobie dokumentu poświadczającego prawo do ubezpieczenia. Jeśli zostaniesz negatywnie zweryfikowany przez system eWUŚ podpisujesz u świadczeniodawcy oświadczenie o prawie do świadczeń. Szpital nie może odmówić pomocy pacjentowi w stanie zagrożenia życia, nawet jeśli wyświetli się w systemie eWUŚ na czerwono.



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 pielucho majtki, zaopatrzenie stomijne czy zaopatrzenie ortopedyczne. Wszystkie potrzebne Ci leki i środki powinien zapewnić szpital. W szpitalu nie możesz też przyjmować swoich leków, z których korzystasz w domu.



13. Skierowanie do specjalisty jest ważne tak długo, jak świadczenie nie zostanie zrealizowane. Nie daj się zbylej 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 odmowy przyjęcia lub wpisania w kolejkę oczekujących.



15. Jeśli dowiadujesz się, że do świadczenia jest długa kolejka oczekujących i rejestracja informuje cię, że zapisy będą 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. Nie ważne, 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.



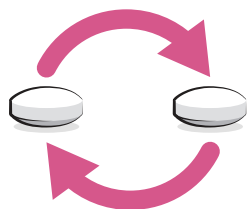
19. Pacjent w stanie zagrożenia życia lub zdrowia nie musi okazywać dokumentów poświadczających prawo do świadczeń. Ma prawo do natychmiastowej pomocy nawet wtedy, gdy system e WUŚ nie potwierdzi jego prawa do świadczeń.



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 18tej z Nocnej Pomocy Lekarskiej. Informacje o tym, gdzie znajduje się NPL powinien przekazać POZ.



21. Od 25.10.13 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 leczenie za granicą możesz jechać pod warunkiem, że nie wiąże się ono z koniecznością pobytu w szpitalu przynajmniej przez 1 noc oraz nie jest szczególnie kosztowna procedura 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 informację, jeżeli lekarz na receptę 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 należy zgłosić ten fakt do oddziału wojewódzkiego NFZ. Szpital może w takim przypadku utracić umowę z NFZ.

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

Prawa pacjenta oraz zasady funkcjonowania Rzecznika Praw Pacjenta
wynikają z ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta

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-niepozanego

Poradnik powstał w ramach projektu "Pacjenci Decydują",
współfinansowanego z funduszy EOG w ramach projektu
Obywatele dla Demokracji



email: info@mypacjenci.org
tel.fax +48 22 615 57 10

www.mypacjenci.org
www.pacjencidecyduja.pl