



Jak nie utknąć w kolejce do lekarza i nie stracić majątku na leczenie prywatne -poradnik dla pacjenta

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ SZWAJCARIĘ W RAMACH SZWAJCARSKIEGO PROGRAMU WSPÓŁPRACY Z NOWYMI KRAJAMI CZŁONKOWSKIMI UNII EUROPEJSKIEJ



Co by się stało, gdyby w Polsce wprowadzono
„usługi taksówek osobowych”
finansowane ze środków publicznych?



Zaczniemy od ćwiczenia 😊

- Proszę spróbować napisać założenia do odpowiedniej ustawy, do rozporządzeń i zarządzeń Narodowego Funduszu Usług Taksówek Osobowych Polaków?
- Proszę zastanowić się, do jakich problemów mogłoby doprowadzić takie rozwiązanie?

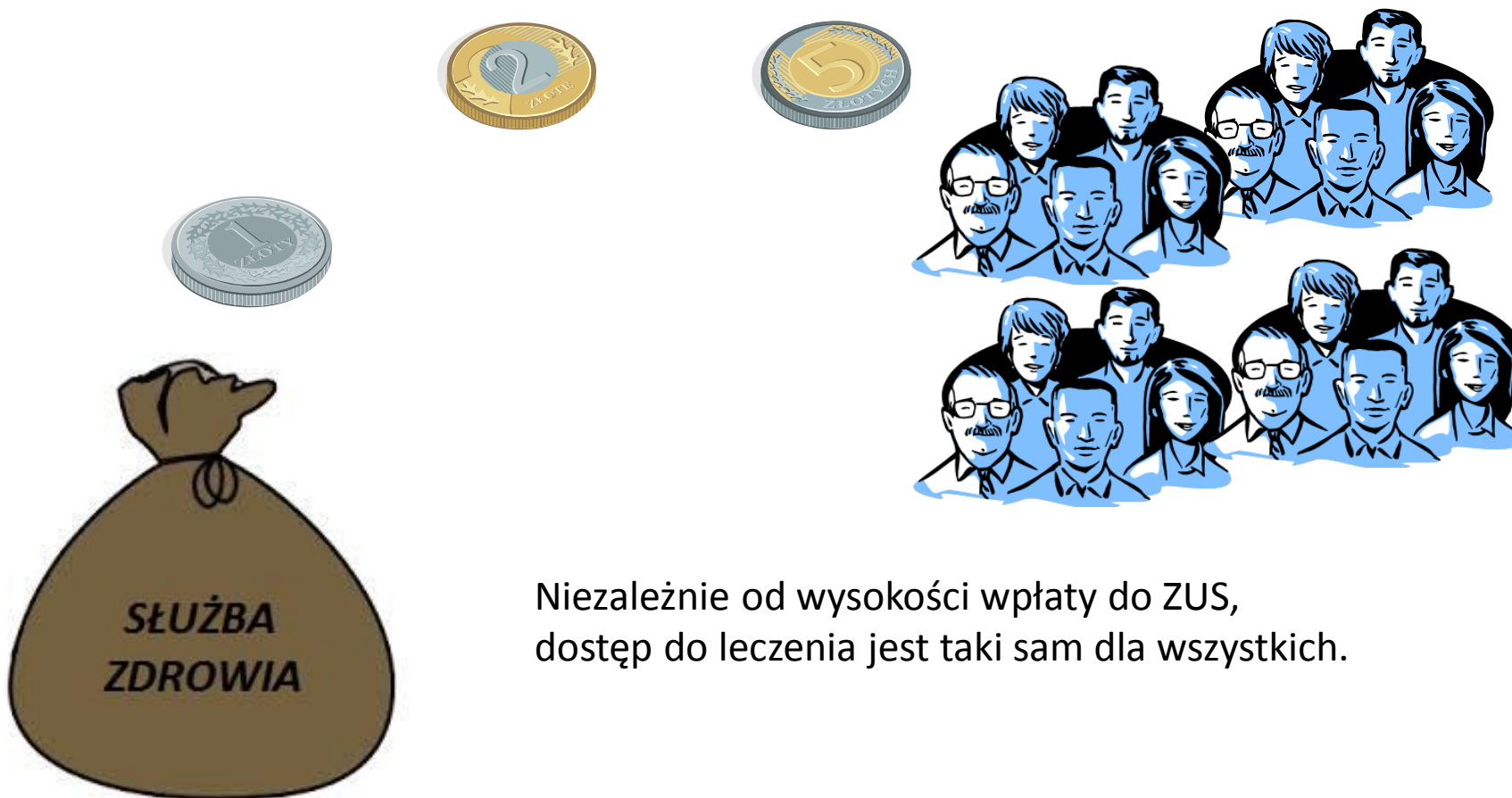
Wniosek:

Każdy system świadczeń finansowanych ze wspólnych/ubezpieczeniowych środków, publiczny i prywatny, musi ograniczać dostępność do świadczeń.

Finansowanie świadczeń

- Środki na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, które są udzielane osobom ubezpieczonym, pochodzą w większości ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.
- Podstawową zasadą ubezpieczenia zdrowotnego jest solidaryzm społeczny, co oznacza, że niezależnie od wysokości opłaconej stawki każdy ubezpieczony ma równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.

Jak to wygląda w praktyce?



Niezależnie od wysokości wpłaty do ZUS,
dostęp do leczenia jest taki sam dla wszystkich.

Wydatki na zdrowie finansowane są przez młodych dla starszych, przez bogatych dla biednych, przez zdrowych dla chorych – by wszyscy, którzy pomocy medycznej potrzebują mogli ją otrzymać.

Gdzie znaleźć informację o świadczeniach finansowanych przez NFZ?

Informacja o zawartych umowach przez poszczególne Oddziały Wojewódzkie NFZ

www.nfz.gov.pl

lub

<https://zip.nfz.gov.pl/GSL/GSL/PrzychodnieSpecjalistyczne>

<https://zip.nfz.gov.pl/GSL/GSL/Szpitale>

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

Prawo do świadczeń

- System eWuś
- Brak potwierdzenia w eWuś:
 - zaświadczeniem z zakładu pracy
 - legitymacja emeryta lub rencisty
 - oświadczenie o prawie do świadczeń

UWAGA! Druk oświadczenia powinieneś otrzymać od świadczeniodawcy (w rejestracji)

eWuś

- Jeśli system eWUŚ wskazuje na brak uprawnień, nie dajmy się odsyłać.
- Brak uprawnień do bezpłatnego leczenia może wynikać z niedoskonałości przekazywania informacji z ZUS albo NFZ

Świadczenia zdrowotne udzielane są m.in. w ramach:

- Podstawowej opieki zdrowotnej
- Ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- Leczenia szpitalnego
- Rehabilitacji leczniczej
- Leczenia stomatologicznego
- ...

Świadczenia udzielane są:

- Jednostki budżetowe* / SPZOZ tzw. publiczne zakłady opieki zdrowotnej
- Przedsiębiorstwa / tzw. niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna

lekarz podstawowej opieki zdrowotnej
tzw.

lekarz pierwszego kontaktu

lekarz rodzinny

Podstawowa opieka zdrowotna

Lekarz POZ udziela świadczeń w przychodni / ośrodku zdrowia codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00

Podstawowa opieka zdrowotna

- 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.

Podstawowa opieka zdrowotna

- Ograniczeniem dostępności do lekarza POZ jest liczba pacjentów – maksymalnie 2750 na jednego lekarza w ramach kontraktu
- Zmiana lekarza dozwolona dwa razy w roku kalendarzowym

Podstawowa opieka zdrowotna

- 30 kwietnia 2014 Prezydent podpisał zmianę ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Zmiany wejdą w życie 30 dni od ich ogłoszenia.

Podstawowa opieka zdrowotna

- Pacjent będzie miał prawo wyboru i zmiany świadczeniodawcy (lekarza, pielęgniarki, położnej) **trzy razy** w roku kalendarzowym.
- Każda kolejna zmiana będzie wymagać uiszczenia opłaty w wysokości 80 zł.

Podstawowa opieka zdrowotna

- Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej w celu postawienia diagnozy oraz weryfikacji procesu leczenia może zlecić pacjentowi jedynie następujące badania dodatkowe:
 - podstawowe hematologiczne
 - biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi

Podstawowa opieka zdrowotna

- układu krzepnięcia
- moczu
- kału
- mikrobiologiczne
- EKG
- USG jamy brzusznej

Podstawowa opieka zdrowotna

- zdjęcia radiologiczne (klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej, zdjęcia kostne czaszki, zatok oraz zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej)
- gastroskopia
- kolonoskopia

Podstawowa opieka zdrowotna

- Pełna lista badań:

<https://zip.nfz.gov.pl/apportal/user/menu/open@info?view=031# EVENT>

- Lista będzie rozszerzona się w związku z pakietem kolejkowym.

Ważne!

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

Ważne!

Gdy chory wymaga konsultacji specjalistycznej, a nie jest w stanie poruszać się sam, lekarz POZ może wystawić zlecenie na przewóz.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Realizowana jest poprzez:

- ✓ świadczenia zabiegowe
- ✓ świadczenia zachowawcze

Świadczenia zachowawcze obejmują trzy główne typy porad:

- ✓ pohospitalizacyjną
- ✓ kompleksową
- ✓ specjalistyczną

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Porada pohospitalizacyjna – w ramach tej porady pacjent, który był leczony w szpitalu, może w ciągu 30 dni od pobytu w oddziale udać się do lekarzy z zespołu, którzy zajmowali się nim podczas hospitalizacji

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Porada kompleksowa – porada skierowana do pacjentów, którzy zgłaszają się pierwszy raz do lekarzy specjalistów. W ramach tej porady ustalana jest diagnoza oraz wydawane zaświadczenie do lekarza POZ z informacją o rozpoznaniu oraz zaleconym leczeniu.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Porada specjalistyczna – porada, z której pacjent już z wcześniej rozpoznanym schorzeniem korzysta po raz kolejny

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

- Realizowana jest także w ramach **ASDK** (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne)

Są to m.in. badania
typu:

- tomografia komputerowa
- rezonans magnetyczny

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Pacjent badania określone w ramach ASDK może wykonać w dowolnie wybranej przez siebie pracowni, czy zakładzie diagnostycznym, który ma podpisaną umowę z NFZ

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

- Skierowanie nie jest potrzebne do:
 - dermatologa i wenerologa
 - ginekologa i położnika
 - okulisty
 - onkologa
 - psychiatry

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

- Projekty „pakietu kolejkowego” przewidują wprowadzenie skierowania do okulisty oraz dermatologa.

Ważne!

- dopóki chory jest pod opieką poradni specjalistycznej , wszystkie badania musi mieć zlecone przez lekarza z tej placówki
- jeśli lekarz z poradni specjalistycznej podejrzewa inną chorobę wymagającą konsultacji innego specjalisty ma obowiązek wystawić stosowne skierowanie

Ważne!

- Podczas wizyty pacjent powinien zostać zapisany na termin kolejnej wizyty u specjalisty
- Nie dopuszcza się wydawania pacjentom w rejestracji „karteczek” ze spisem wymaganych badań oraz terminem ich ważności. Pacjent zgłasza się do poradni ze skierowaniem i badaniami wykonanymi przez lekarza kierującego i to jest jedyny warunek zarejestrowania

Ważne!

- Jeśli wymagany jest transport sanitarny, a pacjent ma wyznaczoną wizytę, zlecenie na transport otrzymuje od specjalisty
- Na podstawie jednego skierowania na określone leczenie można wpisać się tylko na jedną kolejkę oczekujących

Leczenie szpitalne

- Pacjent ma prawo wyboru szpitala, który ma podpisaną umowę z NFZ
- Wszystkie badania niezbędne np. do wykonania zabiegu wykonuje szpital
- Po hospitalizacji lekarz z oddziału wypisuje skierowanie do poradni specjalistycznej. Również w wypisie lekarz wypisuje zlecenie na transport, recepty, czy zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny

Ważne!

- Podczas pobytu chorego w szpitalu lekarz POZ lub z poradni specjalistycznej nie ma prawa wypisać recepty na stale przyjmowane leki. Leki zapewnia szpital.

Ważne!

- Każdy lekarz w Polsce, niezależnie gdzie pracuje, może skierować pacjenta do szpitala, bez ponoszenia kosztów przez chorego.

Zasada ta, dotyczy także gabinetów prywatnych.

W stanach nagłych świadczenia udzielane są bez wymaganego skierowania.

Opieka stomatologiczna

- Zdecydowana większość świadczeń stomatologicznych nie jest objęta ubezpieczeniem.
- Świadczenia udzielane są bez skierowania.

Opieka stomatologiczna

- Pacjentom przysługuje m.in.
 - badanie lekarskie stomatologiczne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej
 - leczenie próchnicy zębów
 - świadczenia z zakresu leczenia endodontycznego (kanałowego) zębów jednokanałowych

Opieka stomatologiczna

- usunięcie złogów nazębnych
- usunięcie zęba
- zdjęcia rtg wewnątrzustne

Rehabilitacja lecznicza

- Skierowanie do poradni rehabilitacji lub na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego.
- Skierowanie na zabiegi (np. związane z wadą postawy) wystawia m.in. lekarz specjalista rehabilitacji ogólnej, medycznej, narząd ruchu, chirurgii ortopedycznej lub urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii.

Rehabilitacja lecznicza

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

Rehabilitacja lecznicza

- Ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się, pacjent może skorzystać z rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych
- Jeżeli stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, pacjent może skorzystać z zabiegów w ośrodku lub oddziale dziennym.

Sytuacje nagłe

- Nocna i świąteczna pomoc lekarska
- Izby przyjęć
- Szpitalne oddziały ratunkowe

Leki

- Pacjent, może zaopatrzyć się w aptece lek do którego dopłaca państwo, jeśli:
 - jest ubezpieczony
 - posiada ważną i prawidłowo wystawioną receptę
 - lekarz, który wystawił receptę jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego

Leki

- lek znajduje się w wykazie leków refundowanych
- wydany jest pacjentowi we wskazaniu objętym refundacją

Leki

- Pacjent ma prawo do otrzymania tańszego odpowiednika leku
- **Ministerstwo Zdrowia uruchomiło dla pacjentów specjalną infolinię o tańszych odpowiednikach leków refundowanych**
- Codziennie w godz. od 8.00 do 20.00 pod numerem 22 123 98 00

Listy oczekujących

- Jeśli świadczenie nie może być udzielone od razu, świadczeniodawca ma obowiązek wpisać pacjenta na listę oczekujących.
- Konieczne jest określenie przypadku:
 - pilny
 - stabilny

Listy oczekujących

- Przypadek pilny – konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego
- Przypadek stabilny – jeśli pacjent nie jest w stanie nagłym i nie kwalifikuje się do kategorii przypadek pilny

Listy oczekujących

- Na liście oczekujących świadczeniodawca ma obowiązek odnotować: imię i nazwisko, numer PESEL, miejsce zamieszkania pacjenta, rozpoznanie, powód przyjęcia i planowany termin.

Siedem zasad postępowania przy rejestracji w placówce medycznej

Rzecznik Praw Pacjenta

Zasada 1

- **Przy udzielaniu świadczeń powoływanie się na rejonizację jest niedopuszczalne**

Pacjent nie może zostać odesłany do miejsca swojego zamieszkania w sytuacji gdy dokonał wyboru świadczeniodawcy na podstawie uzyskanego skierowania do leczenia w rodzaju: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie specjalistyczne); leczenia szpitalnego; rehabilitacji leczniczej; leczenia uzależnień; opieki psychiatrycznej; opieki długoterminowej i hospicyjno - paliatywnej.

Zasada 2

- **Pracownik rejestracji nie powinien zadawać pacjentowi szczegółowych pytań dotyczących choroby, jej przyczyn i przebiegu.**

Zakres pytań zadanych przez pracownika rejestracji powinien dotyczyć tylko obszaru pozwalającego na dokonanie rejestracji zdarzenia (imię i nazwisko, pesel, adres zamieszkania, ewentualnie nr telefonu pacjenta w celu potwierdzenia wizyty).

Zasada 3

- **Ustalanie przez świadczeniodawcę konkretnego dnia lub wyznaczenie godzin zapisów do lekarza, jest niezgodne z prawem.**

Na wizytę u lekarza pacjent ma prawo zapisać się dowolnie wybranego dnia, w godzinach pracy rejestracji.

Zasada 4

- **Pacjent nie może być zmuszany do osobistego dokonania rejestracji.**

Pacjent w celu rejestracji do lekarza może: zgłosić się osobiście, telefonicznie, za pośrednictwem osoby trzeciej, a jeżeli placówka dysponuje odpowiednim oprogramowaniem, również drogą elektroniczną. Pracownik rejestracji natomiast ma obowiązek poinformowania o dacie i godzinie wizyty.

Zasada 5

- **Termin wizyty kontrolnej powinien zostać ustalony podczas bieżącej wizyty u lekarza.**

W sytuacji, gdy pacjent jest objęty leczeniem specjalistycznym, termin wizyty kontrolnej powinien zostać ustalony podczas bieżącej wizyty u lekarza. To lekarz powinien zapewnić ciągłość leczenia, a nie pracownicy rejestracji. Traktowanie tych pacjentów na równi z pacjentami oczekującymi na pierwszą wizytę lekarską zapisanymi na liście kolejkowej jest działaniem niezgodnym z zasadami udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zasada 6

- **Żądanie od pacjenta aktualizacji skierowania jest nieuzasadnione.**

Realizacja pierwszej wizyty u specjalisty odbywa się zawsze na podstawie skierowania, które stanowiło podstawę pierwszorazowej porady specjalistycznej. Dotyczy to wszystkich kolejnych porad specjalistycznych udzielonych pacjentowi z przyczyny wskazanej w skierowaniu, zarówno w danym roku kalendarzowym jak i w dalszym okresie.

Zasada 7

- **Świadczeniodawca powinien poinformować pacjenta o ewentualnej zmianie terminu udzielenia świadczenia.**

Natomiast pacjent, gdy nie może stawić się na wizytę w umówionym terminie, również powinien poinformować o tym świadczeniodawcę, biorąc pod uwagę dobro innych oczekujących na świadczenie pacjentów.

Podsumowanie

1. Sprawdź na stronie NFZ placówki, które mają podpisaną umowę. Często w przedsiębiorstwach czas oczekiwania na świadczenia jest znacznie krótszy (nawet o kilka miesięcy!).
2. Jeśli system eWUŚ wskazuje na brak uprawnień, nie daj się odebrać.
3. Odwołaj wizytę, jeśli wiesz, że nie będziesz mógł z niej skorzystać. W taki przypadku będą mogli skorzystać inni.

4. Pamiętaj o skierowaniu do lekarza specjalisty.
5. Na wizytę weź ze sobą wszystkie wyniki badań zleconych przez lekarza kierującego, karty informacyjne dot. pobytów w szpitalu.
6. Przed wizytą u lekarza napisz na kartce wszystkie nurtujące Ciebie pytania. Wówczas będziesz mieć pewność, że o wszystko zapytasz.

7. Pamiętaj, że rejonizacja nie obowiązuje.
8. Na wizytę do lekarza możesz umówić się telefonicznie, osobiście lub za pośrednictwem osoby trzeciej.
9. Zapisu można dokonać w godzinach pracy rejestracji.

10. 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.

11. 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.

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

13. 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.

14. 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.
15. Nie potrzebujesz skierowania do lekarza okulisty, stomatologa, onkologa, ginekologa i położnika, dermatologa i wenerologa oraz psychiatry. Nikt nie może wymagać od Ciebie skierowania do tych specjalistów.

16. 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.

17. Skierowanie do specjalisty jest ważne tak długo, jak świadczenie nie zostanie zrealizowane. Nie daj się zbyć informacją, że skierowanie które posiadasz z powodu długiego czasu oczekiwania straciło swoją ważność i musisz przedstawić aktualne.
18. Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych nie mogą być przyczyną odmowy przyjęcia lub wpisania w kolejkę oczekujących.

19. 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.
20. 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.

21. 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.

22. 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. Listy procedur za które NFZ nie zwróci pacjentowi kosztów zostaną opublikowane przez prezesa NFZ.

23. 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 recepcie nie zaznaczył „Nie zamieniać”. Warto o tańszy zamiennik zapytać też swojego lekarza (infolinia MZ)
24. 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.

**Dziękujemy za uwagę.
Zapraszamy ponownie.**

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY PRZEZ SZWAJCARIĘ W RAMACH SZWAJCARSKIEGO
PROGRAMU WSPÓŁPRACY Z NOWYMI KRAJAMI CZŁONKOWSKIMI UNII EUROPEJSKIEJ

Fundacja MY PACJENCI
email: info@mypacjenci.org
www.mypacjenci.org
tel.fax +48 22 615 57 10
KRS 0000420212
NIP 9522119578
REGON 146134960

