

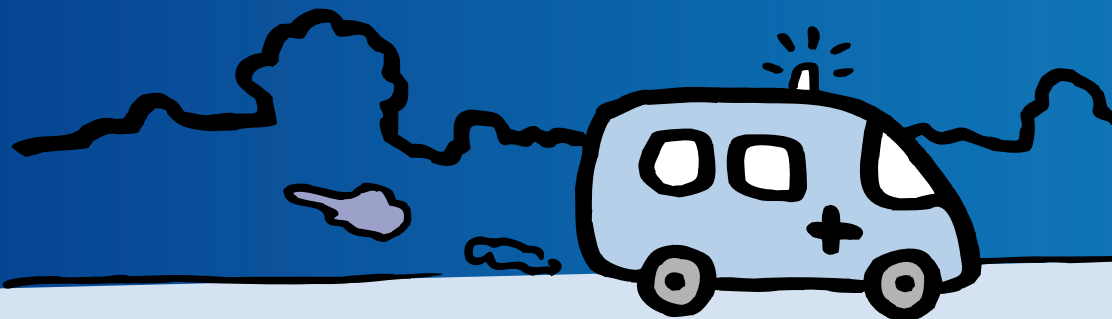


Biblioteczka dla Osób Niepełnosprawnych

**INTEGRACJA**  
www.integracja.org

# ABC...

## dla pacjenta



Stan prawny na 15 grudnia 2009 r.

**Autor:**

Anita Siemaszko

**Autor aktualizacji:**

Anna Puszkarska

**Opracowanie redakcyjne:**

Dorota Starzyńska

**Korekta:**

Marek Leszczyński, Ewa Świdorska

**Opracowanie graficzne:**

Monika Duliasz, Magdalena Borek

**Przygotowanie do druku:**

Magdalena Borek

**Wydawca:**

Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji,

ul. Dzielna 1,

00-162 Warszawa



[www.integracja.org](http://www.integracja.org)

Projekt finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



© Copyright by Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji

Wydanie VII poprawione

Publikacja bezpłatna

Wszelkie prawa zastrzeżone. Każda reprodukcja lub adaptacja całości lub części niniejszej publikacji, i to niezależnie od zastosowanej techniki reprodukcji (drukarskiej, fotograficznej, komputerowej, nagrań fonograficznych itp.), wymaga pisemnej zgody Wydawcy.

ISBN 978-83-89681-71-3

# **ABC...**

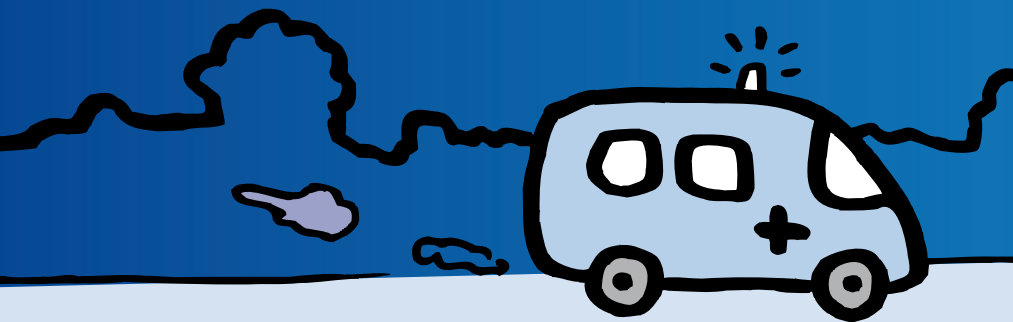
## **dla pacjenta**

**Stan prawny na 15 grudnia 2009 r.**



# ABC...

## dla pacjenta





## Spis treści

<b>I</b>	Wstęp .....	5
<b>II</b>	Kto ma prawo do świadczeń zdrowotnych.....	6
<b>III</b>	Świadczenia zdrowotne .....	10
<b>IV</b>	Zaopatrzenie w leki.....	16
<b>V</b>	Transport sanitarny.....	19
<b>VI</b>	Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze .....	21
<b>VII</b>	Leczenie uzdrowiskowe.....	23
<b>VIII</b>	Ochrona zdrowia psychicznego .....	25
<b>IX</b>	Leczenie za granicą .....	28
<b>X</b>	Dokumentacja medyczna .....	29
<b>XI</b>	Prawa pacjenta.....	31
<b>XII</b>	Ochrona praw ubezpieczonych i praw pacjenta.....	35
<b>XIII</b>	Dane teleadresowe .....	37



Prawo do ochrony zdrowia jest podstawowym prawem każdego obywatela, zagwarantowanym w art. 68 Konstytucji RP. Istnieje szereg przepisów umieszczonych w wielu aktach prawnych (ustawach, rozporządzeniach), dotyczących ochrony zdrowia, leczenia, zakresu świadczeń zdrowotnych oraz procedur ubiegania się o te świadczenia. Często nie wiemy, od czego zacząć, do kogo zwrócić się i gdzie szukać informacji. Przybliżeniu tych zagadnień, wyjaśnieniu wątpliwości i wskazaniu dróg rozwiązywania podstawowych problemów w razie zachorowania, pogorszenia stanu

zdrowia lub konieczności skorzystania z zajęć rehabilitacyjnych ma służyć niniejsza publikacja.

Nie jest ona szczegółowa i nie wyczerpuje tych zagadnień. Stanowi raczej ogólne kompendium wiedzy, z którego warto skorzystać, aby dowiedzieć się w zarysie, jak funkcjonuje system ochrony zdrowia i jakie są w nim prawa pacjenta. Mamy nadzieję, że publikacja ta w jakimś stopniu pomoże zaznajomić się z prawami, które przysługują wszystkim ubezpieczonym, a potrzebującym pomocy wskaże drogi dochodzenia swoich praw.



Zgodnie z Ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) prawo do świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) przysługuje osobom objętym tym ubezpieczeniem.

Prawie wszyscy należą do grona osób ubezpieczonych:

- 1) z tytułu obowiązkowego ubezpieczenia – np. pracownicy, osoby prowadzące działalność gospodarczą, rolnicy, bezrobotni zarejestrowani w powiatowych urzędach pracy niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, renciści i emeryci. Osoby te opłacają składkę zdrowotną – bezpośrednio (np. prowadzący działalność gospodarczą) bądź pośrednio poprzez płatnika (np. pracodawcę lub ZUS);
- 2) jako członkowie rodzin osób, o których powyżej.

Za członka rodziny uznaje się:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18

lat, a jeżeli kształci się dalej – to do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,

- b) małżonka,
- c) wstępnych (np. rodziców, dziadków) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje nie tylko ubezpieczonym w NFZ, ale także:

- 1) innym osobom posiadającym obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, określone w ustawie o pomocy społecznej,
- 2) niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz kobietom w ciąży, w okresie porodu i połogu, a także
- 3) cudzoziemcom na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej oraz na podstawie umów międzynarodowych.

Osoby, które nie mają powyższych uprawnień, mogą ubezpieczyć się dobrowolnie – na podstawie umowy

zawartej z NFZ. W takim przypadku same opłacają składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

### **Dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych**

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokument potwierdzający prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej ma stanowić docelowo elektroniczna karta ubezpieczenia zdrowotnego. Do czasu wydania takiej karty dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest jednak każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

NFZ informuje, że mogą to być w szczególności:

- 1) dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę: druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydany przez pracodawcę, aktualne zaświadczenie z zakładu pracy lub legitymacja ubezpieczeniowa z aktualną datą i pieczętą pracodawcy,
- 2) dla emerytów i rencistów: legitymacja emeryta/rencisty (w przypadku legitymacji wydanej przez ZUS powinna ona zawierać oznaczenie oddziału wojewódzkiego NFZ), zaświadczenie z ZUS lub

KRUS (Wojskowego Biura Emerytalnego, Zakładu Emerytalno-Rentowego MSWiA), aktualny odcinek emerytury lub renty bądź wyciąg (ze wskazaniem w tytule przelewu kwoty potrąconej składki oraz kodu oddziału NFZ),

- 3) dla osoby dobrowolnie ubezpieczonej: umowa zawarta z NFZ oraz dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej,
- 4) dla członka rodziny ubezpieczonego: dowód opłacenia składki przez głównego płatnika oraz dowód zgłoszenia do ubezpieczenia członka rodziny (np. druki: ZUS RMUA oraz ZUS ZCZA lub ZUS ZCNA), legitymacja rodzinna z aktualną datą i pieczętą zakładu pracy, aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę,
- 5) dla uczniów i studentów: dokumenty jak dla innych członków rodziny oraz aktualna legitymacja uczniowska lub studencka (dla osób po 18. roku życia).

W przypadku osób innych niż ubezpieczone, które są uprawnione do świadczeń ze względu na trudną sytuację materialną, takim dokumentem jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania danej osoby, potwierdzająca prawo do świadczeń.

Decyzję tę wydaje się po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego w następujących sytuacjach:

- a) na wniosek pacjenta,
- b) w przypadku stanu nagłego – na wniosek świadczeniodawcy, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia,
- c) z własnej inicjatywy,
- d) na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie takiej decyzji przysługuje przez okres 90 dni, chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.

W przypadku stanu nagłego dokumenty, o których mowa powyżej, można przedstawić w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia, o ile chory nadal przebywa w szpitalu, a jeżeli nie można dopełnić tego wymogu, to w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń.

W razie nieprzedstawienia odpowiedniego dokumentu we wskazanych wyżej terminach świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy.



### **Uwaga!**

Powyższe rygory nie obowiązują w przypadku świadczeń udzielanych dzieciom do ukończenia 6. miesiąca życia.



### **Dokumenty wymagane w trakcie pobytu za granicą**

W czasie pobytu w krajach Unii Europejskiej, a także w pozostałych krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego (Islandii, Liechtensteinie, Norwegii) oraz Szwajcarii dowodem uprawniającym do świadczeń zdrowotnych jest Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). EKUZ nie jest natomiast dowodem ubezpieczenia w NFZ uprawniającym do świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski.

Należy tu podkreślić, że EKUZ służy dokumentowaniu prawa do leczenia w trakcie pobytu za granicą, np. gdy dana osoba wyjeżdża w celach służbowych, turystycznych, w odwiedziny do znajomych, na szkolenie itp. Zupełnie odrębną kwestią jest natomiast planowe i celowe ubieganie się o pokrycie kosztów leczenia za granicą, np. skomplikowanych operacji, których nie przeprowadza się w Polsce

(będzie o tym mowa w dalszej części poradnika).

EKUZ otrzymają wyłącznie osoby ubezpieczone w NFZ, przy czym każdej osobie w rodzinie wydawana jest osobna karta.

W tym celu należy złożyć wniosek w oddziale wojewódzkim lub delegaturze NFZ, właściwych ze względu na miejsce zamieszkania. Wniosek o wydanie karty EKUZ można otrzymać w oddziale lub delegaturze bądź pobrać ze strony internetowej NFZ.

Osoba wyjeżdżająca do pracy otrzymuje taką kartę do czasu podjęcia pracy. W pozostałych przypadkach karta wystawiana jest na dwa miesiące, licząc od końca miesiąca, za który została odprowadzona ostatnia składka na ubezpieczenie zdrowotne. Inne terminy obowiązują bezrobotnych (maksymalnie 30 dni), uczniów i stu-

dentów (do końca semestru lub roku szkolnego), emerytów (5 lat) i rencistów (na okres przyznanego świadczenia, maksymalnie 5 lat).

Karta uprawnia do korzystania z niezbędnych świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim w takim zakresie, który umożliwi kontynuowanie zaplanowanego pobytu w tym państwie w warunkach bezpiecznych z medycznego punktu widzenia.

EKUZ uprawnia do leczenia w placówkach, które działają w ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia. Za leczenie prywatne pacjent musi zapłacić we własnym zakresie. Należy także pamiętać, że w większości państw również w ramach ubezpieczenia pobierane są określone opłaty. Więcej informacji na stronie: [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

### Zakres świadczeń

Przed zmianami w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które weszły w życie w sierpniu br., podstawą systemu opieki zdrowotnej był tzw. negatywny koszyk świadczeń. Świadczeniobiorcy przysługiwało prawo do wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej, z wyjątkiem procedur wymienionych w załączniku do ustawy. Nowelizacja przepisów spowodowała zmianę obowiązujących zasad. Z dniem 31 sierpnia 2009 r. została wprowadzona lista świadczeń gwarantowanych, które przysługują świadczeniobiorcom. Natomiast pozostałe procedury, nieuwzględnione w koszyku, są dostępne jedynie poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osobom uprawnionym przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu:

- 1) podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- 3) leczenia szpitalnego,
- 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- 5) rehabilitacji leczniczej,
- 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opie-

- kuńczych w ramach opieki długoterminowej,
- 7) leczenia stomatologicznego,
- 8) leczenia uzdrowiskowego,
- 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
- 10) ratownictwa medycznego,
- 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- 12) świadczeń wysokospecjalistycznych,
- 13) programów zdrowotnych oraz
- 14) leków.

Szczegółowe wykazy świadczeń gwarantowanych określa Minister Zdrowia. Są one obecnie zawarte m.in. w wydanych przez niego rozporządzeniach: z 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz.U. nr 139, poz. 1139 z późn. zm.), z 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz.U. nr 139, poz. 1142 z późn. zm.), z 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz.U. nr 140, poz. 1143 z późn. zm.), z 30 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz.U. nr 140, poz. 1146 z późn.

zm.), z 30 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej* (Dz.U. nr 140, poz. 1145 z późn. zm.), z 30 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej* (Dz.U. nr 140, poz. 1147 z późn. zm.), z 30 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego* (Dz.U. nr 140, poz. 1144), z 28 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego* (Dz.U. nr 139, poz. 1136), z 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze* (Dz.U. nr 139, poz. 1141), z 28 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego* (Dz.U. nr 139, poz. 1137), z 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* (Dz.U. nr 139, poz. 1138 z późn. zm.), z 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji* (Dz.U. nr 139, poz. 1140) oraz z 30 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych* (Dz.U. nr 140, poz. 1148).

W ramach ubezpieczenia, na podstawie ustawy, nie przysługują natomiast świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane.

Odpłatne są także orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie. Nie zapłacimy jednak za orzeczenia i zaświadczenia, 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, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.

Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie.

### **Zasady udzielania świadczeń**

W systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przewiduje się, że ubezpieczony (pacjent) ma

prawo wyboru: lekarza, pielęgniarki, położnej, szpitala itp. spośród tych lekarzy i innych świadczeniodawców, którzy mają umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, bądź też w przypadku lekarzy, pielęgniarek i położnych – którzy są pracownikami zakładu opieki zdrowotnej, który ma taką umowę. Zasadniczą rolę w systemie ochrony zdrowia przewidziano dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, czyli tzw. lekarza rodzinnego.

Pacjent ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Nie dotyczy to następujących sytuacji:

- 1) zmiany miejsca zamieszkania,
- 2) zaprzestania udzielania świadczeń przez wybranego lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej (poz),
- 3) innych przyczyn niezależnych od pacjenta.

Każdy powinien zapisać się do wybranego przez siebie lekarza rodzinnego. Lekarz ten sprawuje podstawową opiekę medyczną, zleca badania, jeżeli jest to uzasadnione, może przyjechać z wizytą do domu pacjenta, a w poważniejszych przypadkach kieruje do lekarza specjalisty.

Pomoc ambulatoryjna oznacza, że określona przychodnia jest czynna nocą i w dni wolne od pracy, a pomoc

wyjazdowa – że można zadzwonić po lekarza lub pielęgniarkę z prośbą o wizytę w domu. Dokładne informacje o adresach i telefonach można znaleźć u swojego lekarza rodzinnego, w przychodni, a także na zewnątrz placówki. Można używać je także telefonicznie w NFZ lub odszukać na stronie internetowej NFZ. Warto zanotować sobie te dane i trzymać w domu w odpowiednim miejscu, aby mieć te informacje pod ręką.

### **Uwaga!**

Można również korzystać z tzw. nocnej i świątecznej pomocy medycznej (lekarskiej lub pielęgniarskiej), pomocy ambulatoryjnej lub wyjazdowej. Jest to możliwe po godzinach pracy lekarzy (przychodni), a więc w tygodniu w godz. 18.00-8.00 oraz w soboty, niedziele i święta.

Taka pomoc jest bezpłatna, świadczona bez skierowania, ale można z niej korzystać tylko w razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia (nie należy jej nadużywać).

W razie potrzeby można zadzwonić do pogotowia ratunkowego po karetkę (tel. 999). Dotyczy to jednak sytuacji, którą oceniamy jako poważną, w której nieudzielenie pomocy medycznej może spowodować utratę zdrowia lub życia (naszego, bliskich bądź innych osób).

Każdy, kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w takim stanie, obowiązyany jest w miarę możliwości:

- 1) do niezwłocznego udzielenia pierwszej pomocy,
- 2) do niezwłocznego zawiadomienia centrum powiadamiania ratunkowego.

W razie wątpliwości zawsze lepiej zadzwonić na pogotowie i porozmawiać z dyspozytorem. Jeżeli nie będzie potrzeby przyjazdu karetki, można skorzystać z lekarskiej pomocy wyjazdowej lub samemu udać się do ambulatorium na dyżur.

Zasadą jest udzielanie świadczeń specjalistycznych na podstawie skierowania.

W określonych przypadkach skierowanie nie jest jednak wymagane. Dotyczy to ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych:

- 1) ginekologa i położnika,
- 2) dentyści,
- 3) dermatologa,
- 4) wenerologa,
- 5) onkologa,
- 6) okulisty,
- 7) psychiatry,
- 8) dla osób chorych na gruźlicę,
- 9) dla osób zakażonych wirusem HIV,
- 10) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów,
- 11) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
- 12) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,

- 13) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Skierowanie nie jest również wymagane w tzw. stanach nagłych – po wypadkach, urazach, zatruciach lub innych stanach wymagających natychmiastowej pomocy medycznej w związku z koniecznością ratowania życia lub zdrowia. Należy wówczas udać się do najbliższej placówki na ostry dyżur do szpitala, zadzwonić na pogotowie bądź wezwać lekarza (pielęgniarkę) w ramach nocnej lub świątecznej pomocy wyjazdowej.

Świadczenie bez skierowania w sytuacji, gdy jest ono wymagane (a więc poza wyżej wymienionymi przypadkami) może być udzielone, ale odpłatnie.

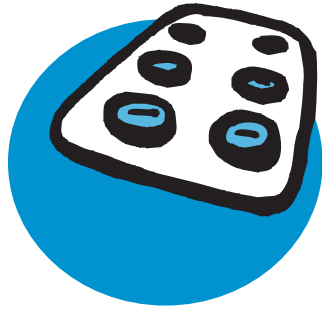
Pamiętajmy, że skierowanie do lekarza specjalisty nie musi być wystawione przez lekarza rodzinnego. Może to zrobić inny lekarz specjalista, jeżeli stwierdzi taką konieczność – nie ma bowiem konieczności cofania pacjenta do lekarza rodzinnego. Informacji o lekarzach specjalistach udziela lekarz rodzinny, NFZ itp.

Jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, w tym specjalistyczne, konieczne może okazać się leczenie w szpitalu (sama hospitalizacja lub operacja/zabieg). Pacjent ma prawo do lecze-



nia w szpitalu, który zawarł z NFZ umowę, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera. Oznacza to, że skierowanie nie musi pochodzić od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a więc może wystawić je lekarz niezwiązany w żaden sposób z systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Pobyt w szpitalu kończy się wypisem, wydaniem karty informacyjnej oraz zaleceniami co do dalszego leczenia, np. w poradni kardiologicznej lub neurologicznej, dalszej rehabilitacji, korzystania z opieki pielęgniarki środowiskowej bądź wyjazdu na leczenie uzdrowiskowe do sanatorium.

Jeżeli wymaga tego stan zdrowia, możliwe jest umieszczenie pacjenta w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym bądź opiekuńczo-leczniczym (opieki długoterminowej). Zakłady te udzielają całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji. Rola tych placówek jest coraz większa, przebywają w nich przede wszystkim osoby starsze, które dzięki temu nie muszą leżeć w szpitalu. W takich zakładach pacjenci ponoszą odpłatność za pobyt i wyżywienie, natomiast nie płacą za świadczenia zdrowotne. Umieszczenie w takim zakładzie następuje w oparciu o zaświadczenia lekarza rodzinnego lub lekarza z oddziału szpitalnego, na którym przebywał pacjent. W stanach terminalnych możliwe jest umiesz-



czenie danej osoby w placówce opieki paliatywno-hospicyjnej (hospicjum).

### **Kolejki do świadczeń**

Świadczenia udzielane są przez świadczeniodawców (zakłady opieki zdrowotnej, lekarzy, pielęgniarki, położne) posiadających umowę z NFZ. Umowa taka określa m.in. rodzaj i liczbę świadczeń. To powoduje, że w przypadku większej grupy pacjentów wydłuża się okres oczekiwania na poradę lekarską lub zabieg. W związku z tym w ustawie wprowadzono przepisy regulujące tzw. kolejkę do świadczeń. Dotyczą one wyłącznie świadczeń planowych. Świadczenia w stanach nagłych udzielane są bez kolejki.

W przypadku gdy świadczenia w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie ma umowy z NFZ, pacjent ma prawo do tych świadczeń, ale tylko w niezbędnym zakresie – np. gdy ulegnie poważnemu zatruciu, zostanie zastosowana odpowiednia terapia odtruwająca i podane zostaną leki przeciw zatruciu. Pacjent nie powinien jednak

liczyć, że przy okazji dostanie się do okulisty lub że wykonane zostanie zdjęcie rentgenowskie, gdyż od jakiegoś czasu boli go noga. Świadczeniodawca, który z różnych względów (np. z powodu braku wolnych łóżek czy przejściowych braków personelu medycznego) nie ma możliwości udzielenia świadczeń wskazanych w jego umowie z NFZ, powinien zapewnić je w innej placówce.

Tak więc świadczenia planowe w szpitalach oraz specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

Kolejność udzielania świadczeń odbywa się według następujących reguł:

- 1) świadczeniodawca ustala kolejność na podstawie zgłoszeń oraz informuje pisemnie pacjenta o terminie wraz z uzasadnieniem,
- 2) w razie zmiany stanu zdrowia pacjent informuje o tym świadczeniodawcę, który koryguje odpowiednio termin oraz informuje o nim niezwłocznie pacjenta (dotyczy to jedynie sytuacji, gdy zmiana terminu wynika z kryteriów medycznych),
- 3) również świadczeniodawca, jeśli nie może dochować ustalonego terminu, informuje pacjenta w każdy dostępny sposób o takiej zmianie, z podaniem przyczyny

(dotyczy to również zmiany terminu na wcześniejszy),

- 4) w przypadku gdy pacjent nie może stawić się u świadczeniodawcy w ustalonym terminie lub gdy zrezygnował ze świadczenia, jest obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę,
- 5) w celu otrzymania jednego świadczenia na podstawie skierowania pacjent może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy,
- 6) świadczeniodawcy przekazują co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu NFZ informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz średnim czasie oczekiwania,
- 7) informacje o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących, liczbie osób oczekujących, średnim czasie oczekiwania oraz o możliwości leczenia w innych placówkach oddział wojewódzki NFZ publikuje na swojej stronie internetowej,
- 8) NFZ tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich (NFZ udziela pacjentom informacji przede wszystkim poprzez bezpłatną linię telefoniczną),
- 9) również Minister Zdrowia udostępnia na stronie internetowej Ministerstwa informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczeń wysokospecjalistycznych i średnim czasie oczekiwania.

Zaopatrzenie w leki przysługuje na podstawie recepty wystawionej przez:

- 1) lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli ma on prawo wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept,
- 3) felczera spełniającego odpowiednio warunki, o których mowa w pkt 1 lub pkt 2.

Leki podstawowe, leki uzupełniające oraz leki recepturowe są wydawane na podstawie recepty, za odpłatnością:

- 1) ryczałtową – za leki podstawowe i recepturowe,
- 2) w wysokości 30 proc. albo 50 proc. ceny leku – za leki uzupełniające.

Oplata ryczałtowa oraz częściowa odpłatność dotyczy jednostkowego opakowania leku.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 31 marca 2008 r. *w sprawie wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposobu obliczania kosztu sporządzenia*

*leku recepturowego* (Dz.U. nr 56, poz. 341) opłata ryczałtowa za lek podstawowy wynosi 3,20 zł, a za lek recepturowy – 5 zł.

Wykazy leków podstawowych oraz leków uzupełniających zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 8 grudnia 2009 r. w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające (Dz.U. nr 212, poz. 1646).

Należy pamiętać, że wprowadzone są limity cen leków posiadających tę samą nazwę międzynarodową albo różne nazwy międzynarodowe, ale podobne działanie terapeutyczne. Jednakowy limit ceny dotyczy leków o tej samej dawce, wielkości opakowania i drodze podania. Apteka może wydać lek, którego cena przekracza limit ceny, pobierając różnicę między ceną wydawanego leku a limitem. Apteka ma jednak obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku innego niż lek przepisany na receptcie, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej lub postaci farmaceutycznej zbliżonej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, gdy lekarz na receptce zazna-

czył, że nie można zamienić przepisane-  
go leku.

Leki bezpłatnie, jeżeli są niezbędne do udzielenia świadczenia, przysługują:

- 1) przyjętemu do szpitala lub innego całodobowego lub całodzienne-  
go zakładu opieki zdrowotnej,
- 2) przy wykonywaniu zabiegów  
lecniczych i pielęgnacyjnych,  
diagnostycznych i rehabilitacyj-  
nych,
- 3) przy udzielaniu pomocy w sta-  
nach nagłych.

#### **! Uwaga!**

Możliwe jest sprowadzenie z zagranicy leku niewpisanego do rejestru produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium RP, pod warunkiem że konieczność jego refundacji została potwierdzona przez Prezesa NFZ. W takim przypadku bierze się pod uwagę skuteczność kliniczną, bezpieczeństwo i cenę w porównaniu z lekami wpisanymi do rejestru o tym samym wskazaniu terapeutycznym. Jest to tzw. import docelowy.

#### **Szczególne uprawnienia do zaopatrzenia w leki**

Chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte leki i wyroby medyczne są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za



częściową odpłatnością (30 lub 50 proc.).

Szczególne rozwiązania w tym zakresie zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 8 grudnia 2009 r. *w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością* (Dz.U. nr 212, poz. 1647). Rozporządzenie to określa wykaz chorób oraz dla każdej z tych chorób wykazy właściwych dla nich leków i wyrobów medycznych.

Takie uprawnienia przysługują m.in. osobom chorującym na: astmę, chorobę Alzheimera, chorobę i zespół Parkinsona, chorobę Leśniowskiego-Crohna, choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe, cukrzycę, gruźlicę, jaskrę, mukowiscydozę, nowotwory złośliwe, osteoporozę, padaczkę, schizofrenię lub stwardnienie rozsiane.

Zasłużonym Honorowym Dawcom Krwi lub Zasłużonym Dawcom Przeszczepu przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu, a także w leki, które taka osoba może stosować w związku z oddaniem krwi lub w związku z oddaniem szpiku bądź innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów.

Żołnierzom odbywającym zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniącym służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydatom na żołnierzy zawodowych przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki umieszczone w wykazach leków

podstawowych i uzupełniających oraz leki recepturowe.

Inwalidom wojskowym (a także innym uprawnionym wskazanym w ustawie) przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających.

Inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolami "Rp" lub "Rpz", dopuszczone do obrotu na terytorium Polski.

Na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem w następujących przypadkach:

- 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
- 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia,
- 3) dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego.

W przypadkach niewymienionych powyżej, tzn. w odniesieniu do pacjentów, którym lekarz (felczer) ubezpieczenia zdrowotnego zlecił przejazd, a którzy:

- 1) nie wymagają podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub nie zachodzi wobec nich potrzeba zachowania ciągłości leczenia,



- 2) nie posiadają dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego
- transport przysługuje odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

Poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w takich przypadkach określony został m.in. w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r.: *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz.U. nr 139, poz. 1139 z późn. zm), *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz.U. nr 140, poz. 1143 z późn. zm), *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz.U. nr 139, poz. 1142 z późn. zm) oraz *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* (Dz.U. nr 139, poz. 1138 z późn. zm).

Zgodnie z tymi przepisami, przejazd środkami transportu sanitarnego jest finansowany w 40 proc. ze środków publicznych w przypadku:

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,
- 3) chorób oczu,
- 4) chorób przemiany materii,
- 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,

- 7) chorób układu krążenia,
- 8) chorób układu moczowo-płciowego,
- 9) chorób układu nerwowego,
- 10) chorób układu oddechowego,
- 11) chorób układu ruchu,
- 12) chorób układu trawiennego,
- 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- 15) urazów i zatruc bądź
- 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych – gdy ze zlecenia

lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

## Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

W ramach zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze obowiązuje tzw. system otwarty, co oznacza, że nie przeprowadza się konkursów ofert, ale finansuje się przedmioty lub środki pomocnicze do określonego limitu ceny, pozostawiając wybór osobie uprawnionej.

Szczegółowe regulacje w tym zakresie zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze* (Dz.U. nr 139, poz. 1141).

Obowiązuje następująca procedura:

- 1) zlecenie na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wystawia lekarz lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) wystawione zlecenie należy przedstawić w jednym z punktów potwierdzania zleceń uruchomionych przez oddział NFZ (może to uczynić uprawniony lub inna osoba w jego imieniu – osobiście lub drogą pocztową),
- 3) po uzyskaniu potwierdzenia należy zrealizować zlecenie bezpośrednio u wybranego świadczeniodawcy – np. w sklepie ortopedycznym (wykaz świad-

czeniodawców dostępny jest w NFZ, w tym na stronach internetowych).

Pacjentom wymagającym zaopatrzenia np. w pieluchomajtki, sprzęt stomijny, cewniki, worki do zbiórki moczu może zostać wydana karta zaopatrzenia comiesięcznego. Jest ona wydawana osobom uprawnionym na okres dwunastu miesięcy, na podstawie zlecenia na zaopatrzenie comiesięczne, wystawionego przez lekarza. Lekarz zobowiązany jest do odnotowania wystawienia zlecenia w karcie zaopatrzenia. Zlecenia na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, takie jak np. wózki inwalidzkie, aparaty ortopedyczne, protezy, aparaty słuchowe, szkła okularowe lub materace przeciwodleżynowe, są ważne przez 90 dni od daty wystawienia zlecenia przez lekarza. W tym czasie należy dokonać jego potwierdzenia i realizacji. W przypadku wprowadzenia zlecenia do kolejki okres ważności zlecenia wydłużony jest o czas oczekiwania w kolejce.

Natomiast zlecenia na comiesięczne zaopatrzenie w środki pomocnicze (np. pieluchomajtki, cewniki itd.) są ważne przez 30 dni od daty wystawienia zlecenia przez lekarza. Pacjent może być zaopatrzony jednorazowo w tego typu środki



pomocnicze na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące.

**! Uwaga!**

Osoby niepełnosprawne mogą ubiegać się poprzez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, właściwe ze względu na miejsce zamieszkania, o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. nr 96, poz. 861 z późn. zm.), warunkiem jest jednak spełnianie kryterium dochodowego. Oznacza to, że przeciętny miesięczny dochód podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie może przekraczać kwoty:

- 1) 50 proc. przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 2) 65 proc. przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

Przeciętne wynagrodzenie w drugim kwartale 2009 r. wyniosło 3 113,86 zł.

Wysokość dofinansowania zaopatrzenia:

- 1) w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 60 proc. kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia,
- 2) w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wynosi:
  - a) do 100 proc. udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany,
  - b) do 150 proc. sumy kwoty powyższego limitu oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż limit.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. *w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe* (Dz.U. nr 139, poz. 1135) leczenie uzdrowiskowe odbywa się według następujących zasad:

- 1) Skierowanie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, który przesyła je do oddziału wojewódzkiego NFZ (może je bezpośrednio przesłać także sam zainteresowany).
- 2) Lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizycznej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony w NFZ ocenia skierowanie pod względem celowości leczenia uzdrowiskowego.
- 3) Oddział wojewódzki NFZ potwierdza skierowanie, jeżeli:
  - a) lekarz specjalista aprobował jego celowość oraz
  - b) są miejsca w odpowiednich zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Skierowanie powinno być rozpatrzone w terminie 30 dni.

Potwierdzając skierowanie, NFZ określa:

- a) rodzaj leczenia i jego tryb,
- b) odpowiedni zakład lecznictwa uzdrowiskowego,
- c) datę rozpoczęcia leczenia i czas jego trwania w przypadku leczenia uzdrowiskowego w warunkach stacjonarnych,

- d) termin ważności skierowania i okres leczenia w przypadku leczenia uzdrowiskowego w warunkach ambulatoryjnych.

Skierowanie jest ważne 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia.

- 4) NFZ doręcza zainteresowanemu potwierdzone skierowanie nie później niż w terminie 14 dni przed rozpoczęciem leczenia, informując o zasadach odpłatności za pobyt w sanatorium.
- 5) W razie niepotwierdzenia skierowania NFZ zawiadamia zainteresowanego nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania wniosku. Od niepotwierdzenia skierowania nie przysługuje odwołanie.
- 6) Oddział wojewódzki NFZ prowadzi listę osób, które nie uzyskały potwierdzenia skierowania z powodu braku miejsc, oraz informuje te osoby pisemnie o kolejności na liście. Jeżeli pojawią się wolne miejsca, NFZ potwierdza ich skierowania w pierwszej kolejności.

Zainteresowany ponosi częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego* (Dz.U. nr 139, poz. 1136), odpłatność zależy od sezonu i od standar-

du pobytu (warunków zakwaterowania) i wynosi np. za jeden dzień pobytu w pokoju 2-osobowym z pełnym węzłem sanitarnym – 15 zł w sezonie od 1 października do 30 kwietnia oraz 21 zł w sezonie od 1 maja do 30 września.

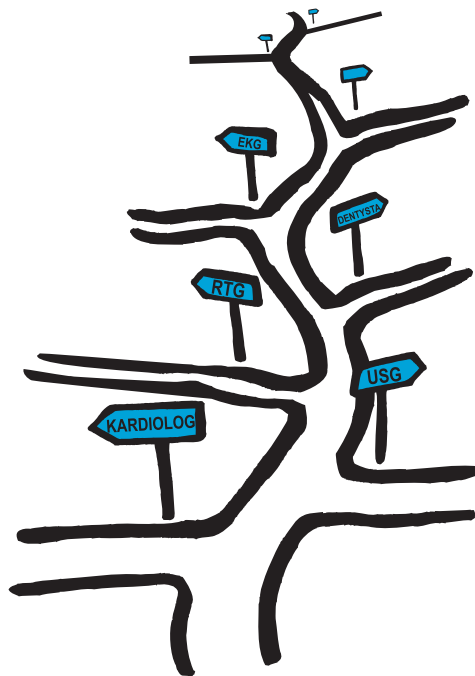
Oprócz pobytu w sanatorium możliwe jest korzystanie ze świadczeń:

- a) w przychodni uzdrowskiej – koszty zabiegów pokrywa NFZ, natomiast zakwaterowanie i wyżywienie „załatwia” sam kuracjusz,
- b) w szpitalu uzdrowskim – nie ponosi się kosztów pobytu i wyżywienia, tak jak w każdym szpitalu. Jest to forma leczenia stosowana przy poważniejszych schorzeniach, najczęściej jako kontynuacja leczenia pooperacyjnego.

Pobyt w sanatorium i korzystanie z przychodni uzdrowskiej odbywa się w ramach urlopu. Natomiast leczenie w szpitalu uzdrowskim odbywa się w ramach zwolnienia na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy.

### Uwaga!

NFZ nie gwarantuje wspólnych wyjazdów np. małżonków, ale możliwe jest, że oboje dostaną skierowanie do tego samego sanatorium w tym samym terminie. Należy jednak pamiętać, że w różnych miejscowościach sanatoryjnych leczy się różne schorzenia.



Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. nr 111, poz. 535 z późn. zm.) jest aktem prawnym, który w ramach ogólnego systemu ochrony zdrowia przewiduje specjalne uregulowania w stosunku do osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo.

Opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wykonywana w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwłaszcza psychiatrycznej opieki zdrowotnej – w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz w domach pomocy społecznej.

Ustawa przewiduje szereg odrębności w stosunku do ogólnych zasad, i tak np.:

- 1) Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego.
- 2) Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi można stosować tylko wtedy,

gdy upoważnia do tego przepis ustawy albo osoby te:

- a) dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu,
  - b) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu,
  - c) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
- 3) Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.

W nagłych przypadkach, w szczególności w przypadku braku możliwości uzyskania pomocy lekarskiej przed zgłoszeniem się do szpitala, osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego po udzieleniu przez niej pisemnej zgody, bez skierowania.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub osoby upośledzonej umysłowo niezdolnej do wyrażenia zgody lub sto-

sunku do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego i leczenia następuje po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

W przypadkach nagłych osoba ta może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takiej sytuacji lekarz przyjmujący tę osobę ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, najlepiej psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa. Kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia niezwłocznie sąd opiekuńczy – w celu uzyskania zgody sądu na pobyt tej osoby w szpitalu.

Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wymaganej zgody tylko w przypadku, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Osoba, która wskutek choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego

nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób oraz potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego, może być za jej zgodą lub zgodą jej przedstawiciela ustawowego przyjęta do domu pomocy społecznej.

Osoba korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny ma prawo do pomocy w ochronie swoich praw. Prawo do pomocy w ochronie praw tej osoby przysługuje również jej przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu.

W systemie ochrony zdrowia funkcjonują Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Są oni pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta i wykonują swoje zadania przy pomocy tego Biura. Wykaz zakładów opieki zdrowotnej, w których pełnią oni funkcje, jest dostępny na stronie internetowej Biura Rzecznika Praw Pacjenta: [www.bpp.gov.pl](http://www.bpp.gov.pl).



Do zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego należą w szczególności:

- 1) pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego,
- 2) wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób,
- 3) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób,
- 4) inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyj-

nej w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ma prawo:

- 1) wstępu do szpitala psychiatrycznego,
- 2) występowania z wnioskiem np. do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej oraz do podjęcia działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń,
- 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego.

Wcześniej opisana została możliwość leczenia za granicą w czasie pobytu np. na wakacjach, u znajomych, w podróży służbowej itd. Ponadto istnieje możliwość planowego ubiegania się o pokrycie kosztów leczenia za granicą.

W celu uzyskania zgody na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju konieczne jest złożenie wniosku do Prezesa NFZ o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych albo kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu. Wzór takiego wniosku stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27 grudnia 2007 r. *w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz*

*pokrycie kosztów transportu* (Dz.U. nr 249, poz. 1867 z późn. zm.). Wniosek należy złożyć za pośrednictwem właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Procedura rozpatrywania wniosku zostaje zakończona wydaniem decyzji (zgodą lub odmową) Prezesa NFZ. Należy przy tym pamiętać, że osoby, które podały się leczeniu przed uzyskaniem takiej zgody, są obowiązane do pokrycia kosztów leczenia we własnym zakresie.

Natomiast w celu uzyskania zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju należy złożyć wniosek o pokrycie takich kosztów – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do wskazanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27 grudnia 2007 r.

Zgodnie z ustawą z 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz.U. z 2009 r., nr 52, poz. 417 z późn. zm.), dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

- 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości, a więc: nazwisko i imię (imiona), datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a jeśli pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania,
- 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono tych świadczeń,
- 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych oraz
- 4) datę sporządzenia.

Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Podmiot

udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również m.in.:

- 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych,
- 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru,
- 3) Ministrowi Zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej w związku z prowadzonym postępowaniem,
- 4) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem,



- 5) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- 1) do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych,
- 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii (za udostępnienie dokumentacji medycznej w taki sposób podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę, przy czym maksymalna wysokość opłaty za jedną stronę wyciągu, odpisu lub kopii bądź sporządzenie ich na elektronicznym nośniku danych nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale),
- 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalenda-

rzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
- 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
- 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia,
- 4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Po upływie tych okresów podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

Prawa pacjenta uregulowane są w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wynikają one także z Konstytucji RP oraz z innych ustaw, w tym z ustawy z 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* (t.j. Dz.U. z 2008 r., nr 136, poz. 857 z późn. zm.). Poniżej omówione zostaną niektóre najistotniejsze prawa pacjenta.

### **Prawo do świadczeń zdrowotnych**

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej i opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:

- 1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie,
- 2) pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).

Lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie pacjenta jest bezzasadne. Takie żądanie oraz odmowa

wę odnotowuje się jednak w dokumentacji medycznej. Regulacje te stosuje się także do pielęgniarki (położnej) w zakresie zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki (położnej).

Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny powinny kierować się zasadami etyki zawodowej.

### **Prawo do informacji**

Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach



leczenia oraz rokowaniu. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają także prawo do wyrażenia zgody na udzielenie takich informacji innym osobom.

W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

### **Prawo do zachowania w tajemnicy informacji o stanie zdrowia**

Osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Ograniczenie to nie ma jednak zastosowania m.in. w przypadku gdy:

- 1) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
- 2) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
- 3) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta.

### **Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń**

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.

Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której

mowa powyżej. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta zgodę wyraża się w formie pisemnej.

Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w takich okolicznościach lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem. Okoliczności te należy odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta.

Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasno-

wolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

### **Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lekarskiej**

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarskiego, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.

Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki pacjenta. W przypadku niespełnienia tych wymagań sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu. Od roz-

strzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie.

### **Prawo do intymności i prywatności**

Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę należy odnotować w dokumentacji medycznej.

Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy

jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody – jego przedstawiciela ustawowego i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.

### **Prawo do opieki duszpasterskiej**

Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do opieki duszpasterskiej. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia zakład opieki zdrowotnej ma obowiązek umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

## XII Ochrona praw ubezpieczonych i praw pacjenta

W zależności od rodzaju i stopnia naruszenia praw można skorzystać z różnych procedur dochodzenia roszczeń, naprawiania szkód itd.

Przede wszystkim można próbować załatwić sprawę na miejscu, w zakładzie opieki zdrowotnej. Jeżeli chodzi np. o złe traktowanie pacjenta, odmowę udzielenia świadczenia bez podania przyczyny itp., być może wystarczy interweniować u bezpośrednich przełożonych lekarzy lub pielęgniarek, np. u ordynatora oddziału, dyrektora szpitala albo kierownika przychodni.

W podobnych sytuacjach można także interweniować bezpośrednio w oddziale wojewódzkim NFZ lub u Rzecznika Praw Pacjenta. Skargi mogą dotyczyć nieprzestrzegania praw ubezpieczonych, praw pacjenta, braku dostępności do świadczeń, odsyłania pacjenta bez udzielenia pomocy, a także niewłaściwego traktowania podczas załatwiania spraw w NFZ – np. przy potwierdzaniu skierowań na leczenie uzdrowskowe bądź na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

W innych sprawach należących do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia, np. w sprawie wydania indywidualnej zgody na sfinansowanie terapii, która nie jest dostępna

w ramach systemu, a stanowi jedyną drogę wyleczenia w konkretnym przypadku, można wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, powołując się na art. 109 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym przepisem dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Zalicza się do nich sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. Dyrektor oddziału ma obowiązek rozpatrzenia sprawy w terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty jej wniesienia oraz wydaje decyzję wraz z uzasadnieniem. Od tej decyzji przysługuje odwołanie do Prezesa NFZ, które należy złożyć w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania. Od decyzji Prezesa NFZ przysługuje natomiast skarga do sądu administracyjnego.

Kolejnym krokiem może być złożenie skargi do Ministra Zdrowia. Minister Zdrowia na podstawie art. 162 i następnych ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych sprawuje nadzór, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości nad działalnością:

- 1) NFZ,
- 2) świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Funduszem,

- 3) podmiotów, którym Fundusz powierzył wykonywanie niektórych czynności,
- 4) aptek w zakresie refundacji leków.

W sytuacji gdy doszło do poważnych naruszeń skutkujących wystąpieniem szkody na osobie lub wywołaniem rozstroju zdrowia, a będących wynikiem tzw. błędów lekarskich, należy rozważyć wystąpienie na podstawie przepisów art. 444-449 kodeksu cywilnego z powództwem cywilnym przeciwko lekarzowi lub zakładowi opieki zdrowotnej.

W razie naruszenia zasad etyki lekarskiej można rozważyć również

wystąpienie ze skargą do okręgowej izby lekarskiej, a w skrajnych przypadkach – złożenie do prokuratury doniesienia o popełnieniu przestępstwa.

W każdej sprawie dotyczącej przestrzegania praw obywatelskich, w tym prawa do ochrony zdrowia (art. 68 Konstytucji RP) oraz prawa do równego traktowania, czego konsekwencją jest zakaz dyskryminacji z jakiegokolwiek przyczyny (art. 32 Konstytucji RP), właściwy jest Rzecznik Praw Obywatelskich, a w przypadku dzieci – Rzecznik Praw Dziecka.

**Ministerstwo Zdrowia**

ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa  
tel.: 022 634 96 00  
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl;  
www.mz.gov.pl

**Biuro Rzecznika Praw Pacjenta**

ul. Długa 38/40, 00-238 Warszawa  
tel.: 022 831 42 81 w. 364  
e-mail: sekretariat@bpp.gov.pl  
www.bpp.gov.pl

Bezpłatna infolinia: 0 800 190 590  
(pn.–pt. w godz. 9.00 – 21.00)

Biuro czynne: pn.–pt.

w godz. 8.15 – 16.15

Przyjmowanie petentów: pn.–pt.

w godz. 9.00 – 16.00

Prawnik biura przyjmuje: pn.–pt.

w godz. 9.00 – 15.00

**Rzecznik Praw Obywatelskich**

aleja Solidarności 77,  
00-090 Warszawa  
tel.: 022 55 17 700  
faks: 022 827 64 53  
e-mail: rzecznik@rpo.gov.pl

Przyjęcia interesantów:

poniedziałki w godzinach od 9.00  
do 17.00, wtorki – piątki w godzi-  
nach od 9.00 do 15.00

tel.: 022 55 17 760, 022 55 17 811

**Rzecznik Praw Dziecka**

ul. Śniadeckich 10,  
00-656 Warszawa  
tel.: 022 696 55 45  
faks: 022 629 60 79

Biuro jest czynne od poniedziałku  
do piątku w godzinach 8.15 – 16.15.  
e-mail: rpd@brpd.gov.pl  
Telefon informacyjno-interwencyj-  
ny: 022 696 55 50

**Adresy i telefony informacyjne  
oddziałów NFZ:**

Narodowy Fundusz Zdrowia –  
Centrala  
ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa  
tel.: 022 572 60 42  
e-mail: infolinia@nfz.gov.pl  
www.nfz.gov.pl

Dolnośląski Oddział Wojewódzki  
NFZ  
50-525 Wrocław, ul. Joannitów 6  
tel.: 071 194 88, 071 79 79 100  
www.nfz-wroclaw.pl

Kujawsko-Pomorski Oddział  
Wojewódzki NFZ  
85-071 Bydgoszcz,  
al. Mickiewicza 15,  
tel.: 052 194 88, 052 32 52 700  
www.nfz-bydgoszcz.pl

Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ  
20-124 Lublin, ul. Szkolna 16  
tel.: 081 194 88, 081 53 10 500  
www.nfz-lublin.pl

Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ  
65-057 Zielona Góra,  
ul. Podgórna 9b  
tel.: 068 194 88,  
068 328 76 00  
www.nfz-zielonagora.pl



Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ  
90-032 Łódź, ul. Kopcińskiego 58  
tel.: 042 194 88, 042 275 40 30  
www.nfz-lodz.pl

Małopolski Oddział Wojewódzki  
NFZ  
31-053 Kraków, ul. Ciemna 6,  
tel.: 012 194 88, 012 29 88 100  
www.nfz-krakow.pl

Mazowiecki Oddział Wojewódzki  
NFZ  
00-613 Warszawa,  
ul. Chałubińskiego 8  
tel.: 022 582 84 40, 022 582 84 42  
www.nfz-warszawa.pl

Opolski Oddział Wojewódzki NFZ  
45-315 Opole, ul. Głogowska 37  
tel.: 077 194 88, 077 40 20 100  
www.nfz-opole.pl

Podkarpacki Oddział Wojewódzki  
NFZ  
35-032 Rzeszów, ul. Zamkowa 8  
tel.: 017 194 88, 017 86 04 100  
www.nfz-rzeszow.pl

Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ  
15-042 Białystok,  
ul. Pałacowa 3  
tel.: 085 194 88, 085 74 59 500  
www.nfz-bialystok.pl

Pomorski Oddział Wojewódzki  
NFZ  
80-865 Gdańsk,  
ul. Marynarki Polskiej 148  
tel.: 058 194 88, 058 75 12 500,  
www.nfz-gdansk.pl

Śląski Oddział Wojewódzki NFZ  
40-844 Katowice,  
ul. Kossutha 13  
tel.: 032 194 88, 032 735 19 00  
www.nfz-katowice.pl

Świętokrzyski Oddział Wojewódzki  
NFZ  
25-025 Kielce,  
ul. Jana Pawła II 9  
tel.: 041 194 88, 041 36 46 100  
www.nfz-kielce.pl

Warmińsko-Mazurski Oddział  
Wojewódzki NFZ  
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 16  
tel.: 089 194 88, 089 532 74 14  
www.nfz-olsztyn.pl

Wielkopolski Oddział Wojewódzki  
NFZ  
61-823 Poznań,  
ul. Piekary 14/15  
tel.: 061 194 88, 061 850 60 00,  
www.nfz-poznan.pl

Zachodniopomorski Oddział  
Wojewódzki NFZ  
71-470 Szczecin, ul. Arkońska 45  
tel.: 091 194 88, 091 425 10 00  
www.nfz-szczecin.pl

## Kompleksowa oferta dla firm i instytucji



### Szkolenia



### Rekrutacja



### Audyt architektoniczny



1%

# Pomóż wyrównać szanse

Wpłacając 1%  
pomagasz osobom  
z niepełnosprawnością

**Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji**

**KRS: 0000 102 130**

Organizacja Pożytku Publicznego  
ul. Dzielna 1, 00-162 Warszawa  
nr konta: 67 1370 1037 0000 1701 4020 9704  
III Oddz. DnB NORD Polska SA



[www.integracja.org](http://www.integracja.org)