Opieka zdrowotna

– świadczenia finansowane z NFZ

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 2561, z późn. zm.) do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo: osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, czyli tzw. "ubezpieczeni", osoby nieubezpieczone (posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej), które spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, dzieci i młodzież – do ukończenia 18. roku życia oraz kobiety w okresie ciąży i połogu – do 42. dnia po porodzie. Celem świadczeń opieki zdrowotnej jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z dnia 25 czerwca 2009 wprowadziła pojęcie tzw. "świadczeń gwarantowanych", tj. świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w całości lub współfinansowanych ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie. Są to świadczenia z zakresu: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, leczenia stomatologicznego, lecznictwa uzdrowiskowego, zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wysokospecjalistycznych oraz programów zdrowotnych. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021, poz. 540, z późn. zm.) wprowadza do katalogu świadczeń gwarantowanych lekarza POZ **poradę lekarską udzielaną** w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub **na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności**. Analogiczny zapis dotyczy wizyty realizowanej przez pielęgniarkę lub położną oraz porady lekarskiej udzielanej w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Osobom z niepełnosprawnościami przysługują świadczenia w takim samym zakresie, jak wszystkim ubezpieczonym. Wyjątek stanowią: znieczulenie ogólne przy wykonywaniu dentystycznych świadczeń gwarantowanych oraz stosowanie kompozytowych materiałów światłoutwardzalnych do wypełnień, które przysługują, jeśli wynika to ze wskazań medycznych, dzieciom i młodzieży niepełnosprawnym do 16 roku życia oraz osobom ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, Dz. U. z 2021 poz. 2148, z późn. zm.). Ponadto, na podstawie ustawy z dnia 9 maja 2018 o szczególnych rozwiązaniach wspierających **osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności** (Dz.U. 2018, poz. 932), począwszy od 1 lipca 2018 osoby te mają prawo do:

- **wyrobów medycznych** do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w odpowiednich przepisach, według wskazań medycznych **bez uwzględnienia okresów użytkowania**;
- korzystania **poza kolejnością** ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach;
- refundowanych **świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w ilości dostosowanej do potrzeb** zdrowotnych;

- dostępu do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych **bez skierowania** lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Świadczenia, które na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie przysługują, to:

- orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie pacjenta, jeżeli nie 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 nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego oraz dodatku lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka;
- świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane. Kwalifikacji danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego dokonuje Minister Zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych, biorąc pod uwagę kryteria określone w ustawie.

Świadczenia opieki zdrowotnej przysługujące na mocy ustawy udzielane są w zakładach opieki zdrowotnej (przychodniach, gabinetach, szpitalach itp.), które mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Powinny one być oznaczone logo NFZ. Ubezpieczony ma prawo do wyboru i zmiany (2 razy w roku bezpłatnie) lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego, a także do wyboru lekarza dentysty oraz świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z § 11 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 poz. 1194) świadczeniodawca jest obowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, a także **informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych**. Zgodnie z § 13 ust.1 tego załącznika, **świadczeniodawca zapewnia rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym przy wykorzystaniu telefonu lub innych środków komunikacji elektronicznej.** Ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest świadczona na podstawie skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Mamy prawo wybrać specjalistę spośród wszystkich, którzy mają podpisaną umowę z NFZ. **Skierowanie nie jest wymagane do**: ginekologa i położnika, dentysty, wenerologa, onkologa, psychiatry. Skierowanie nie jest również wymagane od osób: chorych na gruźlicę, zakażonych wirusem HIV, inwalidów wojennych, kombatantów i osób represjonowanych oraz cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, od osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie lecznictwa odwykowego, od uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, od osób do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, a także (od 1 lipca 2018) **od osób o znacznym stopniu niepełnosprawności**. Jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, świadczeniobiorca ma prawo - na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera - do leczenia szpitalnego w wybranym przez siebie szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniobiorca ma też prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Szczegółowy katalog uprawnień osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, korzystających z prywatnego sektora usług medycznych oraz osób innych niż ubezpieczeni

zawiera **ustawa** z dnia 6 listopada 2008 r. **o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** (Dz. U. z 2023 poz. 1545, z późn. zm.) Na stronie internetowej Rzecznika https://www.gov.pl/web/rpp można się m.in. zapoznać z katalogiem praw pacjenta zawartym w w/w ustawie. Począwszy od 1 stycznia 2012, na mocy nowelizacji z 28 kwietnia 2011 (Dz.U. z 2011 Nr 113, poz. 660), ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta reguluje ponadto **zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku "zdarzeń medycznych"**, t.j. zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta, będących następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. (Dz. U. z 2013, poz. 750) określa szczegółowy zakres i warunki ustalania wysokości tego świadczenia oraz jego wysokość w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku poszczególnych rodzajów zdarzeń medycznych. W celu rozpatrywania wniosków w tych sprawach utworzone zostały wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Pacjent posiadający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma także **prawo do refundowanych leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych** wydawanych na podstawie recepty.

Receptę na leki refundowane może wystawić każdy lekarz, lekarz dentysta, felczer będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz, lekarz dentysta posiadający uprawnienia do wykonywania zawodu, z którym NFZ zawarł umowę upoważniającą do wystawienia recept refundowanych. **Refundacji podlegają leki**, środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, określone w Obwieszczeniach publikowanych co 2 miesiące przez Ministra Zdrowia, na podstawie art. 37 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 poz. 826, z późn. zm.). Leki refundowane ujęte w Obwieszczeniu mają wyznaczone odpowiednie stopnie odpłatności:

- leki wydawane bezpłatne - do limitu finansowania,
- leki wydawane za odpłatnością ryczałtową,
- leki wydawane za odpłatnością 30% limitu finansowania,
- leki wydawane za odpłatnością 50% limitu finansowania.

Jeżeli cena detaliczna leku jest wyższa niż limit finansowania (cena leku, do której obowiązuje określona w wykazie odpłatność), pacjent poniesie koszt powiększony o różnicę pomiędzy detaliczną ceną leku a limitem finansowania. Lekarz wypisujący lek refundowany umieszcza na recepcie nazwę własną lub międzynarodową leku, postać w jakiej ma zostać wydany, dawkę, ilość leku, sposób dawkowania oraz **odpłatność**. Odpłatność może zależeć od schorzenia, na jakie cierpi pacjent (może być niższa w przypadku niektórych tzw. „chorób przewlekłych”). **Termin realizacji recepty** nie może przekroczyć: 1) **30 dni** od daty jej wystawienia albo naniesionej na recepcie daty realizacji „od dnia”, a **w przypadku recepty w postaci elektronicznej – 365 dn**i; 2) 7 dni od daty jej wystawienia albo naniesionej na recepcie daty realizacji „od dnia” dla recepty na antybiotyki; 3) 120 dni od daty jej wystawienia na: a) produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzane z zagranicy, b) produkty immunologiczne wytwarzane indywidualnie dla pacjenta; 4) 30 dni od daty jej wystawienia dla recepty na środki odurzające, substancje psychotropowe, preparaty zawierające te środki lub substancje oraz prekursory kategorii 1. (Podstawa prawna: ustawa z dnia 6 września 2001 Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 poz. 2301, z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. z 2023 poz. 487, z późn. zm.)) Farmaceuta ma obowiązek poinformować pacjenta o

możliwości nabycia innego leku niż przepisany na recepcie (leku o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym), którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy lekarz dokonał na recepcie adnotacji: „nie zamieniać”.