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 2025 poz. 1461, 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 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023, poz. 1427, z późn. zm.) zawiera w 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 2025 poz. 615). Ponadto, na podstawie ustawy 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 2025 poz. 400, z późn. zm.) 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 2024 poz. 581, 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. Ustawa o prawach pacjenta i

Rzeczniku Praw Pacjenta reguluje ponadto **zasady kompensacji szkód w przypadku "zdarzenia medycznego"**, t.j. zaistniałego w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego: zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta, którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2024 r. (Dz. U. z 2024, poz. 883) określa szczegółowo sposób ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym albo uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta, a także wysokość tego świadczenia w przypadku śmierci pacjenta.

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 2025 poz. 907, 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 dni; 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 2025 poz. 750, z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. z 2025 poz. 604, 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".