

WYBRANE ELEMENTY Z ZAKRESU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Pomoc nocna i świąteczna

„Wieczorynka”- Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego.

W Kaliszu pomocy wieczorowej i świątecznej udziela Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny ul. Poznańska 79 tel. 62 765 16 54 (odrębny budynek po prawej stronie wejścia do szpitala)

Najbliższy Oddział Geriatryczny -

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski ul.3 Maja 35

Tel. 62 591 54 44 - www.szpital.osw.pl

Do Oddziału przyjmowani są chorzy powyżej 65 roku życia ze schorzeniami ostrymi, przewlekłymi, które w chwili konieczności hospitalizacji uległy zaostrzeniu, dekompensacji lub w celach diagnostycznych. Celem pobytu w Oddziale jest przywrócenie do stanu zdrowia osoby objętej hospitalizacją w określonym czasie pobytu, a jeżeli to niemożliwe ze względu na nieuleczalność i przewlekłość schorzenia – podniesienie stanu funkcjonalno-czynnościowego osoby chorej na wyższy poziom. Oddział pełni też funkcje edukacyjne dla rodzin i opiekunów prawnych chorych w zakresie opieki sprawowanej opieki.

Kto wystawia skierowanie: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Leki bezpłatne

Aby otrzymać bezpłatny lek muszą być spełnione 3 warunki:

Wiek – ukończony 75 rok życia, weryfikowany przez numer PESEL (u osób, które nie mają numeru PESEL będzie to data urodzenia)

Recepta – litera S wpisana w polu „kod uprawnień dodatkowych”

Wykaz – potrzebny lek musi znajdować się w wykazie bezpłatnych leków.

Kto może wystawić receptę na lek bezpłatny:

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej posiadająca specjalizację

Lekarz wystawiający receptę dla siebie i dla rodziny

Koszty leczenia mogą być niższe

Każdy ubezpieczony pacjent ma prawo do otrzymania **recepty z przysługującą mu w danym przypadku zniżką**. Wystarczy, że uda się do lekarza posiadającego umowę z NFZ. Lekarz wypisujący receptę powinien poinformować pacjenta o możliwości zakupu leków generycznych, czyli tańszych zamienników, tak by pacjent nie miał wątpliwości, że leczenie tymi lekami będzie miało pozytywny skutek. Zasady wydawania leków generycznych (zamienników)przez farmaceutę określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z nią **na żądanie pacjenta** personel apteki ma obowiązek wydać lek, którego cena jest mniejsza niż cena leku przepisanego na receptę, chyba że lekarz na receptę umieścił adnotację „ nie zamieniać”. Można wymienić lek oryginalny na tańszy zamiennik, jeżeli zostaną spełnione kryteria: ta sama substancja chemiczna; wielkość opakowania; postać leku; droga podania; cena zamiennika nie przekracza lub jest niższa od limitu ceny leku przepisanego na receptę. W ten sposób farmaceuta nie zmienia wskazań lekarza, tylko zmniejsza zazwyczaj comiesięczny nasz wydatek na leki.

W przypadku, gdy przepisany lek refundowany nie posiada zamiennika, farmaceuta wydaje ten lek lub na życzenie pacjenta może wydać droższy (odpłatny 100%).

Ważne! Jeśli chcesz zmniejszyć koszt swojej terapii, musisz zgłosić to lekarzowi i farmaceutce, jeśli żaden nie poinformował Cię o tańszych zamiennikach. – www.nfz.gov.pl

Ubezpieczenie w sytuacji wyjazdu za granicę

www.nfz.gov.pl pod tym adresem można znaleźć w Menu dla pacjenta :

Jak wyrobić EKUZ – Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, kiedy wyjeżdżamy za granicę;

Jak ubezpieczyć się dobrowolnie;

Te informacje i możliwość wyrobienia karty masz też dostępne w Delegaturze Oddziału NFZ w Kaliszu, ul. Kolegialna 4 pok. 149, 144 ,145 tel. 62 501 89 85

Jak wyjechać na leczenie do uzdrowiska;

Wniosek o leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, pod którego opieką jesteśmy. Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe może być przesłane do oddziału Funduszu przez lekarza kierującego lub przez zainteresowanego świadczeniobiorcę. - www.nfz.gov.pl

Jak zaopatrzyć się w środki pomocnicze i ortopedyczne.

Pacjentom przysługuje refundacja różnych wyrobów medycznych. Są to różnego rodzaju protezy, aparaty i ortezy ortopedyczne, wózki inwalidzkie, laski i kule, balkoniki, obuwie ortopedyczne, zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych, pieluchomajtki, cewniki czy sprzęt stomijny aparaty słuchowe, okulary.

Pełny wykaz refundowanych wyrobów, osoby uprawnione do wystawienia zlecenia oraz limit refundacji i procent dopłaty przez pacjenta określa załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 maja 2017 r. poz.1061 - [Dz.U. z dnia 31 maja 2017 r. poz. 1061](#)

Jak zrealizować zapotrzebowanie na wyroby medyczne

Krok 1.

Po zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne należy zgłosić się do lekarza, pod którego opieką pozostajemy.

Ważne! Zlecenie ważne jest bezterminowo z wyjątkiem zaopatrzenia comiesięcznego.

Zlecenie na zaopatrzenie miesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż 3 kolejne miesiące i może zostać zrealizowane wyłącznie w miesiącach, na które zostało wystawione, z wyłączeniem miesięcy, które upłynęły.

Krok 2.

Zlecenie należy potwierdzić w oddziale NFZ, na którego terenie jesteś ubezpieczony.

Dla mieszkańców Kalisza jest to Delegatura Wielkopolskiego Oddziału NFZ ul. Kolegialna 4 pok.nr 136, 134. Telefon 62 501 89 77 ; 62 501 89 78

Zlecenie może być potwierdzone osobiście przez pacjenta, inną osobę w jego imieniu lub drogą pocztową, które zostanie odesłane na adres pacjenta. Osoba odbierająca potwierdzone zlecenie musi posiadać do wglądu dowód osobisty.

Ważne! Jeżeli konieczne jest natychmiastowe zaopatrzenie pacjenta w wyrób medyczny poza obszarem zarejestrowania zgłoś się do najbliższej delegatury oddziału NFZ.

Krok 3.

Wyrób medyczny możesz odebrać w każdej placówce na terenie kraju, z którą NFZ ma podpisaną umowę. Nie obowiązuje w tym wypadku rejonizacja. Pacjent ma prawo wyboru wyrobu medycznego spośród zróżnicowanej oferty. Jeżeli cena wybranego produktu jest wyższa od wysokości refundacji określonej limitem, pacjent dopłaca różnicę.

Ważne! Obowiązkiem placówki wydającej produkt jest posiadanie przynajmniej jednego produktu w grupie w cenie limitu określonego przez Ministra Zdrowia.

Aparaty Słuchowe i Okulary

Pierwsza wizyta u specjalisty wymaga skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Specjalista laryngolog lub okulista wystawia zlecenie, które należy potwierdzić w Delegaturze Oddziału NFZ ul.Kolegialna 4 pok.136, 134. Tel. 62 501 89 77 ; 62 501 89 78

Opracowała na podstawie danych NFZ

Grażyna Mazurek

Opracowane i przekazane przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu Delegatura w Kaliszu

odpowiedzi na pytania zadane na spotkaniu z Seniorami w dniu 16 września 2019r. w ramach realizacji projektu „NFZ w Pigulce”

1. Na jakie badania diagnostyczne może kierować lekarz POZ ?

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) może skierować pacjenta na bezpłatne badania medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nie obrazowej:

1. **Badania** **hematologiczne:**
morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi, morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, retikulocyty, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB).
2. **Badania** **immunochemiczne:**
biochemiczne **i**
Sód, potas, wapń zjonizowany, żelazo, żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC), stężenie transferryny, stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), mocznik; kreatynina, glukoza, test obciążenia glukozą, białko całkowite, proteinogram, albumina, białko C-reaktywne (CRP), kwas moczowy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL, cholesterol-LDL, triglicerydy (TG), bilirubina całkowita,

bilirubina bezpośrednia, fosfataza alkaliczna (ALP), aminotransferaza asparaginianowa (AST), aminotransferaza alaninowa (ALT), gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP), amylaza, kinaza kreatynowa (CK), fosfataza kwaśna całkowita (ACP), czynnik reumatoidalny (RF), miano antystreptolizyn O (ASO), hormon tyreotropowy (TSH), antygen HBs-AgHBs, VDRL, FT3, FT4, PSA – Antygen swoisty dla stercza całkowity.

3. **Badania** **moczu:**
ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu, ilościowe oznaczanie białka, ilościowe oznaczanie glukozy, ilościowe oznaczanie wapnia, ilościowe oznaczanie amylazy.
4. **Badania** **kału:**
badanie ogólne, pasożyty, krew utajona – metodą immunochemiczną.
5. **Badania** **układu** **krzepnięcia:**
wskaźnik protrombinowy (INR), czas kaolinowo-kefalinowy (APTT), fibrynogen.
6. **Badania** **mikrobiologiczne:**
posiew moczu z antybiogramem, posiew wymazu z gardła z antybiogramem, posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella.
7. **Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku.**
8. **Diagnostyka** **ultrasonograficzna:**
USG tarczycy i przystawki, USG ślinianek, USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego, USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego, USG obwodowych węzłów chłonnych.
9. **Zdjęcia** **radiologiczne:**
zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej, zdjęcia kostne – w przypadku kręgosłupa; kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej, zdjęcie czaszki, zdjęcie zatok, zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej.
10. **Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wystawiać skierowanie na badania endoskopowe:**
gastroskopia, kolonoskopia.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, wybrany przez ubezpieczonego zgodnie z art.114 ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia; planuje i realizuje kompleksową opiekę lekarską nad osobą objętą opieką medyczną, rodziną i społecznością w środowisku zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia (w warunkach ambulatoryjnych i domowych).

2. Leczenie uzdrowiskowe

Wielkopolski OW NFZ informuje, że **wejście w życie w dniu 19 lipca 2019 roku nowelizacji przepisów określających zasady kierowania na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację uzdrowiskową (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 czerwca 2019 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową) wprowadziło następujące zmiany:**

- wprowadzono **nowy wzór skierowania** na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową - **NOWY WZÓR SKIEROWANIA**

- wprowadzono **12 miesięczny okres**, który musi upłynąć **od zakończenia leczenia** uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej, **do dnia złożenia kolejnego skierowania** na leczenie uzdrowiskowe (dotyczy zakresów: uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych, uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym)

- wprowadzono obowiązek **przekazania skierowania do Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 30 dni od dnia jego wystawienia – pod rygorem utraty ważności skierowania**

- **zniesiono obowiązek weryfikacji** skierowań po upływie **18 miesięcy** od dnia ich wystawienia

- wyłączona została możliwość wskazania przez lekarza kierującego miejsca oraz terminu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej

3. Leczenie stomatologiczne

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. 2017, poz. 193 j.t. ze.zm.)

WAŻNA INFORMACJA! Pacjenci zgłaszającemu się do stomatologa z bólem zęba świadczenia udzielane są w dniu zgłoszenia w każdej placówce, która ma podpisaną umowę na świadczenie usług w ramach NFZ, a po godzinie 19.00 w placówkach, w których pełniony jest dyżur stomatologicznej pomocy doraźnej.

Do stomatologa nie jest wymagane skierowanie.

Wybrane świadczenia należne pacjentom w ramach świadczeń gwarantowanych:

1. „Białe plomby” przysługują w zębach przednich górnych i dolnych (od 3+ do +3, od 3- do -3).

W przypadku dorosłych jest to tzw. kompozytowy materiał chemoutwardzalny. W przypadku dzieci do 18 r.ż. jest to szybkoschnący światłoutwardzalny materiał kompozytowy.
W pozostałych zębach przysługują plomby szare – amalgamatowe lub cementy glasonomerowe.

2. Leczenie kanałowe – osobom dorosłym przysługuje leczenie kanałowe od kła do kła (3-3). Dzieciom i młodzieży do 18 r.ż., kobietom w ciąży i połogu (do 42. dnia po porodzie) przysługuje leczenie kanałowe wszystkich zębów obejmujące leczenie do 3 kanałów w zębie.

3. Proteza częściowa z zastosowaniem elementów doginanych od 5 brakujących zębów lub w przypadku bezzębna - proteza całkowita szczęki lub żuchwy. Świadczenia protetyczne przysługują 1 raz na 5 lat. Naprawa protezy zębowej przysługuje raz na 2 lata.

WAŻNE! Pacjentom, którzy przeszli operacyjne leczenie nowotworów w obrębie twarzoczaszki, protezy przysługują bez ograniczeń czasowych.

4. Znieczulenie jest refundowane w połączeniu z innymi świadczeniami gwarantowanymi.

W ramach świadczeń gwarantowanych pacjentom ubezpieczonym w NFZ przysługują ponadto:

- badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej - raz w roku
- kontrolne badania lekarskie - 3 razy w roku
- zdjęcia rentgenowskie wewnątrzustne
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej
- usunięcie kamienia nazębnego
- usunięcie zęba jedno i wielokorzeniowego.

Dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. przysługują ponadto:

- zabezpieczenie lakiem szczelinowym bruzd pierwszych trzonowców stałych raz do ukończenia 8 roku życia oraz bruzd drugich trzonowców stałych raz do ukończenia 14 roku życia.
- lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż 1 raz na kwartał
- impregnacja zębiny zębów mlecznych
- kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa w zębach stałych
- leczenie chorób przyzębia
- leczenie ortodontyczne aparatami ruchomymi do ukończenia 12 r.ż.

W ramach świadczeń gwarantowanych można uzyskać profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dedykowane dzieciom w: - 6, 9, 12 miesiącu życia oraz 2, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 19 roku życia

Pełny wykaz stomatologicznych świadczeń gwarantowanych znajduje się w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz.U. 2017 poz. 193 z póź.zm. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego

DO LEKARZA BEZ CZEKANIA W KOLEJCE

Kto ma prawo do leczenia się poza kolejnością stanowi ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Określa ona co oznacza „leczenie poza kolejnością” Oznacza to , że

- gdy idziemy z pierwszą wizytą do specjalisty w poradni (specjalistyczna ambulatoryjna opieka zdrowotna) powinniśmy być przyjęci przez lekarza w dniu zgłoszenia się. Jeśli nie jest to możliwe lekarz lub rejestratorka powinni wyznaczyć wizytę w ciągu 7 dni roboczych. Uprawnienie dotyczy wizyt pierwszorazowych, bo terminy następnych wyznacza lekarz. Termin 7 dni nie dotyczy zabiegów rehabilitacyjnych. Jednak i wtedy rozpoczęcie zabiegów powinno być wyznaczone w pierwszym możliwym terminie.

– gdy mamy skierowanie na różne zabiegi, operacje, leczenie do szpitala tu też powinniśmy być przyjęci poza kolejnością., ale nie musi to oznaczać „ w ciągu 7 dni”. Może to być termin dłuższy, jednak poza kolejnością wynikającą z listy oczekujących. Pacjenci z prawem leczenia poza kolejnością mają pierwszeństwo przed skierowaniami pilnymi.

Lista uprawnionych do leczenia poza kolejnością

- + osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- + osoby z decyzjami ZUS, KRUS, resortowych komisji ds .inwalidztwa i zatrudnienia, przyznające I grupę inwalidzką lub uznające daną osobę za całkowicie niezdolną do pracy i samodzielnej egzystencji. **Warto tu zaznaczyć, że wiele osób starszych ma od dawna przyznaną I grupę inwalidzką i nie wie, że od lipca 2018 r. uprawnia ona także do leczenia się poza kolejnością.**
- +inwalidzi wojenni i wojskowi
- + kombatanci
- + osoby represjonowane z powodów politycznych
- + działacze opozycji antykomunistycznej
- + osoby deportowane do pracy przymusowej
- + uprawnieni żołnierze lub pracownicy w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa
- +weteran poszkodowany uprawniony do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej- dotyczy to tylko leczenia urazów lub chorób nabytych podczas zagrażającą wykonywania zadań poza granicami państwa
- + zasłużeni honorowi dawcy krwi
- + zasłużeni dawcy przeszczepów
- + kobiety w ciąży
- + osobom 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 (na podstawie ustawy

„Za życiem „)

+ osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem:

Konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz koniecznością stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Kto bez skierowania do specjalisty

Skierowania do specjalisty nie potrzebują:

+ osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym (I grupa inwalidztwa)

+ osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy drugiej osoby;

+ osoby 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 (na podstawie ustawy „Za życiem „)

+inwalidzi wojenni i wojskowi

+ kombataneci

+ osoby represjonowane z powodów politycznych

+ działacze opozycji antykomunistycznej

+ osoby deportowane do pracy przymusowej

+ uprawnieni żołnierze lub pracownicy w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa

+ weteran poszkodowany uprawniony do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej- dotyczy to tylko leczenia urazów lub chorób nabytych podczas zagrażającą wykonywania zadań poza granicami państwa

+ cywilne niewidome ofiary wojny (**Uwaga! Ta grupa nie jest uprawniona do leczenia się poza kolejnością.**)

Żeby skorzystać z uprawnień do leczenia się poza kolejką lub bez skierowania do specjalisty trzeba okazać się odpowiednim dokumentem.

Opracowała na podstawie artykułu red. Jolanty Zielaznej w Ziemia Kaliska-Ostrów Wlkp. - Piątek 25.01.2019 r.- G.Mazurek