

INFORMATOR

OPIEKA ZDROWOTNA W POWIECIE OLESKIM

W 2011 ROKU



**WYDZIAŁ ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO,
RATOWNICTWA I ZDROWIA
STAROSTWA POWIATOWEGO
W OLEŚNIE**

Przedkładamy Państwu informator „Opieka Zdrowotna w Powiecie Oleskim w 2011 roku”.

W części pierwszej informatora pn. „ABC OPIEKI ZDROWOTNEJ” znajdą Państwo niezbędne informacje o zasadach funkcjonowania opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Część druga zawiera ważne dla pacjentów informacje dotyczące publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które na podstawie podpisanych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia prowadzą działalność na terenie powiatu oleskiego.

Jan Kus
Starosta Oleski

ABC OPIEKI ZDROWOTNEJ

Opracowano na podstawie materiałów opublikowanych przez Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (źródło: www.nfz-opole.pl)

I. INFORMACJE OGÓLNE

1. Dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

Osoba ubiegająca się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych zobowiązana jest przedstawić dowód potwierdzający prawo do jego uzyskania. Dokumentami potwierdzającymi ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia są m.in.:

- dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:
 - druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni)
 - aktualne zaświadczenie z zakładu pracy
 - legitymacja ubezpieczeniowa z aktualną datą i pieczętą pracodawcy
- dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:
 - druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne
- dla osoby ubezpieczonej w KRUS:
 - zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowana przez KRUS (dowód wpłaty w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej)
- dla emerytów i rencistów:
 - legitymacja emeryta/rencisty (w przypadku legitymacji wydanej przez ZUS powinna zawierać oznaczenie oddziału wojewódzkiego NFZ 3 i 4 cyfra numeru legitymacji)
 - zaświadczenie z ZUS lub KRUS (WBE, ZER MSWiA)
 - aktualny odcinek emerytury lub renty (obecnie ZUS wydaje 1 raz w roku)
 - zgodnie z art. 240 ust 2 może być to wyciąg (ale ze wskazaniem w tytule przelewu kwoty potrąconej składki i kodu oddziału NFZ)
- dla osoby zarejestrowanej jako bezrobotna:
 - aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego
- dla osoby dobrowolnie ubezpieczonej:
 - umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej
- dla członka rodziny ubezpieczonego:
 - dowód opłacenia składki przez głównego płatnika oraz dowód zgłoszenia do ubezpieczenia członka rodziny (np. druki: ZUS RMUA + ZUS ZCZA lub ZUS ZCNA)

- legitymacja rodzinna z aktualną datą i pieczęcią zakładu pracy
- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę
- legitymacja emeryta/rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu, potwierdzająca dokonanie zgłoszenia w dniu 1 stycznia 1999 roku lub później, wraz z aktualnym odcinkiem wypłaty świadczenia (dotyczy tylko KRUS, w pozostałych przypadkach płatnik wydaje zaświadczenia o członkach rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego)
- dla uczniów i studentów:
- dokumenty jak dla innych członków rodziny oraz aktualna legitymacja uczniowska lub studencka (dla osób po 18 roku życia).

Ponadto uprawnienia do korzystania ze świadczeń mają także inne osoby, za okazaniem m.in. następujących dokumentów:

- osoby spełniające kryteria dochodowe, o których mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:
- decyzja wójta, burmistrza, prezydenta
- osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji:
- poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP)
- EKUZ (lub certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA.

Brak dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej zazwyczaj może być powodem odmowy udzielenia świadczenia albo przyczyną obciążenia pacjenta kosztami leczenia. Od tej reguły jest jednak bardzo ważny wyjątek: w stanie nagłym pomoc musi być udzielona, a dokument potwierdzający ubezpieczenie może zostać przedstawiony: jeśli pacjent przebywa w szpitalu, to nie później niż w 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia lub w ciągu 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej.

Niedostarczenie dokumentu w wyżej wymienionych terminach skutkuje obciążeniem pacjenta kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje osobom zgłoszonym do ubezpieczenia za pośrednictwem ZUS lub KRUS w związku z:

- podleganiem obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego (np. zatrudnienie, prowadzenie gospodarstwa rolnego lub pozarolniczej działalności gospodarczej)
- zawarciem z Oddziałem Funduszu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego

- posiadaniem statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej.

Członkiem rodziny w świetle przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest:

- 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 (jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku)
- małżonek
- krewny wstępny pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

W praktyce ważne jest zatem, aby mieć pewność, że płatnik składki dokonał stosownego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Studenci i uczniowie, którzy nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności w znacznym stopniu lub innego traktowanego na równi, mogą być zgłoszeni przez rodziców, dziadków lub opiekunów prawnych do ubezpieczenia jako członkowie rodziny nie dłużej niż do ukończenia 26 roku życia. Po tym czasie, o ile nie są ubezpieczeni z żadnego innego tytułu, powinni powiadomić szkołę lub uczelnię, która zobowiązana będzie zgłosić ich do ubezpieczenia w NFZ.

Od 1 stycznia 2009 r. bezrobotni zarejestrowani w Urzędzie Pracy podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, niezależnie od tego, czy posiadają status członka rodziny. Nie mogą oni jedynie podlegać obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubezpieczonej (i zgłoszonych do ubezpieczenia członków jej rodziny) wygasa:

- po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (np. w wyniku rozwiązania umowy o pracę, rozpoczęcia urlopu bezpłatnego, zaprzestania prowadzenia działalności gospodarczej lub jej zawieszenia zgodnie z obowiązującymi przepisami, zaprzestania pobierania renty, wyrejestrowania z urzędu pracy) lub rozwiązania zawartej z Oddziałem NFZ umowy dobrowolnego ubezpieczenia
- po upływie 90 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ w związku z zawieszeniem prawa do renty socjalnej (art. 72 ust. 2).

Szczególne jest sytuacja kończących naukę studentów i uczniów. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę średnią lub wyższą wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów (art. 67).

Istnieją jednak wyjątki od opisanych powyżej reguł. Szczególne uprawnienia mają np. osoby, które po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia:

- starają się o przyznanie renty lub emerytury

- pobierają zasiłek chorobowy, rehabilitacyjny lub macierzyński.

Osoby te oraz członkowie ich rodziny zachowują prawo do świadczeń w okresie toczącego się postępowania o przyznanie renty lub emerytury oraz w okresie wypłacania im w/w świadczeń pieniężnych.

Osoby, które nie posiadają prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, mogą uzyskać je dzięki:

- objęciu ubezpieczeniem obowiązkowym (np. podejmując pracę albo rejestrując się jako bezrobotny w urzędzie pracy)
- objęciu ubezpieczeniem dobrowolnym
- wystąpieniu z wnioskiem o wydanie stosownej decyzji przez prezydenta (burmistrza lub wójta) gminy właściwej ze względu na swój adres zamieszkania.

Decyzja wójta/burmistrza/prezydenta może być wydana po przeprowadzonym wywiadzie środowiskowym, jeśli osoba:

- ma obywatelstwo polskie
- mieszka na terenie Polski i nie jest ubezpieczona
- spełnia kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Decyzję tę wydaje się:

- na wniosek świadczeniobiorcy
- na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczeń w stanie nagłym (np. przyjęcie pacjenta do szpitala po wypadku)
- na wniosek oddziału wojewódzkiego NFZ
- z urzędu.

Decyzja może obowiązywać od dnia złożenia wniosku przez świadczeniobiorcę lub od dnia, w którym nastąpiło leczenie w związku ze stanem nagłym. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie tej decyzji przysługuje przez okres nie dłuższy niż 90 dni od dnia określonego w decyzji.

3. Zmiana miejsca zamieszkania a przynależność do oddziału NFZ

Czasowa zmiana miejsca pobytu nie pociąga za sobą konieczności zmiany oddziału NFZ. Jeśli jednak przeprowadzamy się do innego województwa, powinniśmy niezwłocznie powiadomić o tym płatnika składki, który dokona niezbędnych formalności zgłoszeniowych, związanych ze zmianą oddziału wojewódzkiego NFZ. Każdy zgłaszany jest do tego oddziału wojewódzkiego Funduszu, na terenie którego mieszka.

Dla rolników lub ich domowników zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, a dla pozostałych osób zgłoszenia dokonują do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych płatnicy składki na specjalnych drukach ZUS.

Płatnikami składek, którzy zobowiązani są do dokonania do NFZ właściwych zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego, są m.in.:

- dla rolników i ich domowników – KRUS
- dla pracowników – zakłady pracy
- dla bezrobotnych – PUP
- dla emerytów i rencistów – ZUS lub KRUS
- dla studentów/uczniów niepodlegających ubezpieczeniu z innego tytułu (w tym niepodlegających jako członkowie rodziny, np. z powodu ukończenia 26 lat) – szkoła lub uczelnia wyższa.

Ponadto do ubezpieczenia zdrowotnego samodzielnie zgłaszają się osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą (a także ubezpieczone dobrowolnie lub uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu). Wszelkich zgłoszeń oraz niezbędnych aktualizacji osoby te dokonują w ZUS.

Formalnie prawo nie nakłada na nas obowiązku dokonania wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Z wielu względów warto jednak być zapisanym do POZ na obszarze działania tego oddziału wojewódzkiego NFZ, gdzie mieszkamy. Niedopełnienie tej formalności może bowiem powodować utrudnienia dostępu do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (poza miejscem zamieszkania udzieli on świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego tylko w przypadku nagłego zachorowania). Najwygodniej jest należeć do POZ położonego blisko miejsca zamieszkania.

4. Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

Osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Polski i nie objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego mogą ubezpieczyć się dobrowolnie w Narodowym Funduszu Zdrowia. Przez „zamieszkanie” rozumie się „miejsce, w którym osoba zwykle przebywa (w przypadku cudzoziemców spoza UE/EOG z zastrzeżeniem art. 3 ust.1 pkt 2). W celu zawarcia umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, osoba spełniająca warunki do jej podpisania musi:

- zgłosić się do Oddziału Funduszu właściwego dla miejsca zamieszkania
- wypełnić „wniosek o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia”, do którego załącza dokument wskazujący na ostatni miesiąc, w którym podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz przedstawić dowód tożsamości
- w ciągu 7 dni od podpisania umowy zgłosić się do ZUS w celu dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

W przypadku uprawnionych cudzoziemców istotne jest wcześniejsze wystąpienie do właściwych organów skarbowych i ewidencyjnych o nadanie numerów NIP i PESEL dla celów ubezpieczenia zdrowotnego.

Wnioskodawca podpisuje umowę w siedzibie Oddziału NFZ osobiście lub przez pełnomocnika, który powinien okazać stosowne upoważnienie (w formie pisemnej). Umowa podpisana przez ubezpieczonego i dyrektora Oddziału stanowi wraz z dowodem wpłaty ostatniej składki dowód ubezpieczenia.

Ważne:

- tą samą umową zostają objęci również członkowie najbliższej rodziny wnioskodawcy, jeżeli nie są ubezpieczeni z innego tytułu (np. dzieci, nie ubezpieczony współmałżonek)
- ilość osób nie ma wpływu na wysokość składki
- prawo do świadczeń zdrowotnych ubezpieczonego i członków jego rodziny rozpoczyna się w dniu określonym w umowie, a wygasa po upływie 30 dni od rozwiązania lub zerwania umowy
- umowa zawierana jest na czas nieokreślony
- umowę można rozwiązać w drodze pisemnego poinformowania Narodowego Funduszu Zdrowia o rezygnacji z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego
- umowa zostaje zerwana w przypadku nie opłacenia w terminie składki.
- umowa wygasa z chwilą opuszczenia terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miesięczna składka zdrowotna jest obliczana w wysokości 9 % od kwoty deklarowanej, jednakże kwota deklarowana nie może być niższa od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw za poprzedni kwartał. Wysokość przeciętnego wynagrodzenia ogłasza co kwartał Prezes GUS. Wysokość składki zmienia się w zależności od wysokości przeciętnego wynagrodzenia w kwartale poprzednim. Inne wskaźniki dla wyliczenia składek obowiązują m.in. za wolontariuszy oraz studentów spoza UE.

Ubezpieczający się dobrowolnie, posiadający przerwę w ubezpieczeniu zdrowotnym powyżej 3 miesięcy, jest zobligowany do uiszczenia jednorazowej opłaty za okres nieskładkowy. Jej wysokość jest uzależniona od długości okresu, w którym osoba nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym. W uzasadnionej sytuacji, na wniosek zainteresowanego, Fundusz może odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na raty miesięczne (maksymalnie na 12 rat).

Z dniem określonym w umowie ubezpieczony oraz członkowie rodziny zgłoszeni przez niego do ubezpieczenia uzyskują prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.

Podstawą korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej jest comiesięczne opłacanie należnej składki zdrowotnej, zgodnie z zapisami umowy dobrowolnego ubezpieczenia.

II. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Podstawowa opieka zdrowotna

Każdy ubezpieczony ma prawo wolnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), położnej i pielęgniarki środowiskowej spośród tych, którzy mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyboru takiego dokonuje poprzez złożenie „deklaracji wyboru” (druki deklaracji mają lekarze, pielęgniarki i położne).

Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wykonywane są od poniedziałku do piątku, od 8⁰⁰ – 18⁰⁰, z wyłączeniem sobót, niedziel i innych dni ustawowo wolnych od pracy, w miejscu wykonywania praktyki oraz poprzez świadczenie wizyt domowych.

Ważne:

- pacjent może rejestrować się do lekarza POZ osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osób trzecich
- w przypadkach uzasadnionych medycznie porada udzielana jest w dniu zgłoszenia
- w schorzeniach przewlekłych, z wyłączeniem stanów zaostrzenia w przebiegu tych schorzeń, świadczenia udzielane są w terminie uzgodnionym z pacjentem
- zmiana lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej przysługuje bezpłatnie osobie ubezpieczonej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym. W przypadku każdej kolejnej zmiany pacjent wnosi opłatę w wysokości 80 zł (nie dotyczy to zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń przez wybranego świadczeniodawcę oraz innych przyczyn niezależnych od pacjenta)
- zmiany dokonuje się poprzez wypełnienie u nowo wybranego lekarza/ pielęgniarki/ położnej druku deklaracji
- ubezpieczony ma prawo do bezpłatnych świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej poza miejscem zamieszkania w przypadkach nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia
- lekarz POZ kierując pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.

2. Nocna i świąteczna opieka lekarska i pielęgniarska

Po godzinach pracy placówek POZ usługi medyczne zapewniane są w formie nocnej i świątecznej pomocy ambulatoryjnej oraz wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Ze świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej należy korzystać w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, a także w związku z potrzebą

zachowania ciągłości leczenia (nie podlega temu trybowi uzyskanie pomocy stany nagłego zagrożenia życia i zdrowia, które to znajduje się w gestii systemu ratownictwa medycznego). Świadczenia te udzielane są od poniedziałku do piątku w godz. 18⁰⁰ – 8⁰⁰ dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy.

Placówka POZ może sprawować tego rodzaju opiekę we własnym zakresie lub korzystać z usług innego podmiotu. Informacja o tym, która placówka medyczna udziela pacjentom świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, powinna być wywieszona w przychodni.

W ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej nie można uzyskać:

- wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem
- recepty na stosowane stale leki w związku ze schorzeniem przewlekłym
- rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia
- skierowania do specjalisty.

Powyższe świadczenia można uzyskać u lekarza rodzinnego/ POZ od poniedziałku do piątku w godz. od 8⁰⁰ do 18⁰⁰.

3. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczeń w ramach umowy NFZ. Skierowanie dla ubezpieczonego nie jest wymagane do świadczeń:

- ginekologa i położnika
- dentysty
- dermatologa
- wenerologa
- onkologa
- okulisty
- psychiatry.

Skierowania do specjalisty nie muszą okazywać:

- osoby chore na gruźlicę
- osoby zakażone wirusem HIV
- inwalidzi wojenni i wojskowi, osoby represjonowane oraz kombatancki
- cywilne niewidome ofiary działań wojennych
- osoby uzależnione od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych w zakresie leczenia odwykowego
- uprawnieni żołnierze lub pracownicy, w zakresie urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Pacjent ma prawo wyboru lekarza specjalisty spośród świadczeniodawców posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Pacjent ubiegający się o świadczenie obowiązany jest przedstawić dowód ubezpieczenia zdrowotnego. Brak dowodu ubezpieczenia nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w stanie nagłym. W przypadku braku możliwości uzyskania porady w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia listy osób oczekujących i wyznaczenia terminu przyjęcia.

Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają:

- Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi
- Zasłużeni Dawcy Przeszczepu
- inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatancki
- uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

W medycznie uzasadnionych przypadkach lekarz specjalista udziela porad w domu pacjenta. Badania diagnostyczne są dla ubezpieczonego bezpłatne na podstawie skierowania w laboratorium/pracowni wskazanej przez lekarza. Rejestracja pacjentów odbywa się na podstawie zgłoszenia: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej.

Lekarz kierujący ubezpieczonego do lekarza specjalisty zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych. Lekarz POZ zleca badania będące w zakresie jego kompetencji w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.

W przypadku, gdy pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonywania badań kontrolnych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowanie na te badania wydaje oraz pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący chorego w poradni specjalistycznej zobowiązany jest po realizacji porady kompleksowej, do pisemnego informowania lekarza kierującego/POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym czasookresu ich stosowania i sposobu dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

4. Leczenie szpitalne

Pacjent ma prawo wyboru dowolnego szpitala, posiadającego umowę z NFZ, na terenie całej Polski. Leczenie szpitalne odbywa się na podstawie skierowania lekarza (i nie musi być to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego), jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Ważne:

- w stanie nagłym (tj. w stanie, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia lub życia) świadczenia zdrowotne udzielane są bez wymaganego skierowania
- w przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta do szpitala w dniu zgłoszenia pacjent wpisywany jest na listę oczekujących. Szpital ustala, kierując się wskazaniami medycznymi, kolejność udzielenia świadczenia i wpisuje pacjenta za jego zgodą w kolejnej pozycji na liście oczekujących
- w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta wskazującego na potrzebę wcześniejszego (niż w ustalonym terminie) udzielenia świadczenia ustalany jest nowy termin przyjęcia pacjenta do szpitala
- w razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu przyjęcia na leczenie, świadczeniodawca w każdy możliwy sposób informuje pacjenta o nowym terminie udzielenia świadczenia
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają: Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatancki
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, mają uprawnieni żołnierze i pracownicy MON.

Pacjentowi przyjętemu do szpitala zapewnia się bezpłatne leki, jeśli ich stosowanie wynika z przyczyn hospitalizacji oraz wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia.

W czasie pobytu pacjenta w szpitalu lekarz POZ nie może wystawiać zleceń na środki pomocnicze i ortopedyczne, w tym na pieluchomajtki oraz ordynować leków, których konieczność stosowania wynika z przebiegu hospitalizacji, a może ordynować leki, których stosowanie nie wynika z przyczyn hospitalizacji.

Pacjent ubiegający się o udzielenie świadczenia jest zobowiązany przedstawić dowód ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku stanu nagłego dokument ten może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia (jeśli pacjent przebywa w szpitalu) lub w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej. W razie nie przedstawienia dokumentu w w/w określonych terminach świadczenie zostaje udzielone na koszt pacjenta.

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący chorego w szpitalu zobowiązany jest do pisemnego informowania lekarza POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym czasookresu ich stosowania i sposobu dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

W przypadku zakwalifikowania pacjenta na oddział szpitalny, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych leży po stronie szpitala.

Pacjent po zakończeniu hospitalizacji (także w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym) powinien otrzymać kartę informacyjną oraz w zależności od potrzeb m.in.: skierowania do lekarzy specjalistów, informację dla lekarza POZ, recepty, zwolnienie lekarskie.

5. Stomatologia

Świadczenia stomatologiczne przysługują pacjentowi bez skierowania. Pacjent ma prawo do bezpłatnych gwarantowanych świadczeń stomatologicznych (wykaz gwarantowanych świadczeń stomatologicznych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2004 r. w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentystry i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń (Dz. U. Nr 261, poz. 2601 ze zm.).

Korzystając z usług stomatologa w ramach ubezpieczenia zdrowotnego pacjent obowiązany jest przedstawić dowód ubezpieczenia zdrowotnego.

Ważne:

- pacjent zgłaszający się z bólem otrzymuje pomoc w dniu zgłoszenia
- pacjentowi przysługuje leczenie protetyczne z zastosowaniem ruchomych częściowych i całkowitych protez akrylowych raz na 5 lat. Naprawa protez przysługuje raz na 2 lata
- dziecku do ukończenia 12 roku życia przysługuje leczenie aparatem ortodontycznym do zdejmowania jedno- i dwuszczkowym. Bezpłatna kontrola po zakończeniu leczenia oraz naprawa aparatu (raz w roku) przysługuje wyłącznie dzieciom leczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego do ukończenia 13 lat
- nie przysługuje wymiana i naprawa aparatu uszkodzonego z powodu nieprawidłowego użytkowania
- stałe aparaty ortodontyczne nie są finansowane przez Fundusz
- na podstawie pisemnej zgody pacjenta (dołączonej do dokumentacji medycznej)

stomatolog może udzielić świadczenia z użyciem innych materiałów stomatologicznych niż wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia za odpowiednią dopłatą. Dopłata stanowi różnicę między ceną jednostkową tego świadczenia z użyciem materiałów innych niż gwarantowane, a ceną jednostkową świadczenia z użyciem materiałów określonych w rozporządzeniu MZ. Możliwość dopłaty do materiałów niegwarantowanych dotyczy wyłącznie wypełnienia ubytku zęba, nie dotyczy materiałów stosowanych do wykonania aparatów ortodontycznych, protez zębowych, środków do znieczuleń oraz leczenia

endodontycznego. Pisemna zgoda pacjenta wymagana jest każdorazowo przy udzielaniu świadczenia z użyciem materiałów niegwarantowanych.

Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie połogu (trwającego 42 dni od dnia porodu) mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane dla tych osób.

Osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługuje:

- znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych
- kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień.

Dokument potwierdzający prawo do dodatkowych świadczeń:

- dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia – karta ubezpieczenia zdrowotnego, lub dokument stwierdzający tożsamość lub skrócony odpis aktu urodzenia
- kobiety w ciąży – karta przebiegu ciąży i karta ubezpieczenia zdrowotnego lub karta przebiegu ciąży i dokument stwierdzający tożsamość
- kobiety w okresie połogu – skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i karta ubezpieczenia zdrowotnego lub skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i dokument stwierdzający tożsamość
- osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym – orzeczenie o niepełnosprawności.

Wykaz niektórych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarza stomatologa w ramach umowy z NFZ:

➤ u osób dorosłych:

- badanie lekarskie kontrolne
- znieczulenie (tylko, gdy jest powiązane ze świadczeniem, które należy nam się w ramach ubezpieczenia)
- leczenie próchnicy – opatrunek leczniczy w zębie stałym, odbudowa ubytku zęba
- leczenie kanałowe zębów siecznych i kłów (zęby przednie górne i dolne od trójki do trójki) - za leczenie przedtrzonowych i trzonowych płacimy sami
- usunięcie zęba
- plomba chemoutwardzalna biała, do uzupełnienia ubytków w zębach siecznych i kłach, w pozostałych - amalgamat srebra
- usunięcie złogów nazębnych (tzw. kamień)
- leczenie protetyczne (z zastosowaniem ruchomych, częściowych i całkowitych protez akrylowych w szczęcie i żuchwie raz na pięć lat, naprawa raz na dwa lata)
- dzieci i młodzież do 18 lat mają prawo dodatkowo do m.in.:

- lakowanie pierwszych zębów trzonowych, tzw. Szóstek (jeden raz do ukończenia siedmiu lat)
- lakierowanie zębów stałych (nie częściej niż raz na kwartał)
- leczenie kanałowego zębów.

6. Rehabilitacja

Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia ubezpieczonym rehabilitację leczniczą w warunkach:

- ambulatoryjnych
- domowych
- ośrodka dziennego
- stacjonarnych.

Rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych - są to specjalistyczne świadczenia zdrowotne udzielane w poradni rehabilitacyjnej. Skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne może wystawić każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku dysfunkcji narządu ruchu wywołanej wadami postawy - lekarz poradni rehabilitacji leczniczej lub poradni ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w tym poradni wad postawy). NFZ finansuje do 4 zabiegów dziennie w 10 dniowym cyklu terapeutycznym. Skierowanie traci ważność w przypadku, gdy nie zostanie zarejestrowane w zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia.

Rehabilitacja w warunkach domowych - jest to świadczenie opieki zdrowotnej udzielane w miejscu zamieszkania pacjentów, którzy nie poruszają się samodzielnie i nie mają możliwości dotarcia do placówki rehabilitacyjnej. Po otrzymaniu skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego pacjent zgłasza się do placówki mającej umowę z NFZ, gdzie ustala termin wizyty lekarskiej w domu. Każda poradnia rehabilitacyjna mająca kontrakt ma obowiązek świadczyć opiekę domową dorosłym i dzieciom. Czas rehabilitacji w warunkach domowych wynosi do 80 dni zabiegowych w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia. Wykonuje się do 4 zabiegów dziennie, przy czym rehabilitacja powinna trwać nie krócej niż jedną godzinę dziennie. Pacjent lub opiekun potwierdza wykonanie zabiegów każdego dnia własnoręcznym podpisem w karcie zabiegów.

Świadczenia rehabilitacyjne w ośrodku lub oddziale dziennym - rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym przysługuje pacjentom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego.

Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym to zabiegi obejmujące kompleksową fizjoterapię narządu ruchu, szczególnie ze wskazań ortopedycznych (po urazach, przebytych operacjach lub przewlekle chorych), a także wskazań neurologicznych, reumatologicznych, onkologicznych i pulmonologicznych. Rehabilitacja w ośrodku lub oddziale dziennym trwa od 3 do 6 tygodni przez 5 dni w tygodniu, średnio po 5 zbiegów dziennie. W przypadku dzieci do 18 roku życia o częstotliwości rehabilitacji decyduje lekarz prowadzący. Skierowanie wystawiają:

➤ lekarze oddziału:

- urazowo – ortopedycznego
- chirurgicznego
- neurochirurgicznego
- reumatologicznego
- chorób wewnętrznych
- onkologicznego
- urologii
- rehabilitacji ogólnoustrojowej
- neurologicznego
- pulmonologicznego
- ginekologicznego

➤ poradnie:

- rehabilitacyjne
- urazowo – ortopedyczne
- neurologiczne
- reumatologiczne

➤ lekarze POZ w przypadku zaostrzenia schorzeń przewlekłych.

Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym realizuje wielospecjalistyczną, kompleksową rehabilitację dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym (głównie z grupy wysokiego ryzyka ciężowo - porodowego) oraz dzieci o zaburzonym rozwoju psychomotorycznym. Do tego rodzaju rehabilitacji kierują lekarze poradni specjalistycznych:

- neonatologicznej
- rehabilitacyjnej
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- neurologicznej
- reumatologicznej
- chirurgii dziecięcej.

Rehabilitacja słuchu i mowy obejmuje kompleksową i wielospecjalistyczną opiekę diagnostyczno - terapeutyczną nad pacjentem z uszkodzonym słuchem. Do tego rodzaju rehabilitacji kierują lekarze poradni specjalistycznych:

- otolaryngologicznej
- otolaryngologii dziecięcej
- audiologii i foniatrii.

Rehabilitacja udzielana w warunkach stacjonarnych - świadczenia te skierowane są do pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowej opieki pielęgniarzkiej.

Stacjonarna rehabilitacja ogólnoustrojowa przeznaczona jest dla pacjentów, wymagających wszechstronnego postępowania usprawniającego i jednocześnie innych działań terapeutycznych, profilaktycznych, diagnostycznych i edukacyjnych. Skierowania wystawiane są:

➤ przez lekarzy specjalistów poszczególnych oddziałów:

- urazowo – ortopedycznego
- chirurgicznego
- neurochirurgicznego
- neurologicznego
- reumatologicznego
- chorób wewnętrznych
- onkologicznego
- ginekologicznego
- urologicznego

➤ w przypadku zaostrzeń chorób przewlekłych przez lekarzy poradni:

- rehabilitacyjnej
- urazowo – ortopedycznej
- neurologicznej
- reumatologicznej.

Do skierowania powinna być dołączona aktualna dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie. Czas trwania rehabilitacji wynosi od 3 do 6 tygodni, średnio po 5 zbiegów dziennie.

Stacjonarna rehabilitacja neurologiczna realizowana jest przez oddziały rehabilitacji neurologicznej i oddziały o profilu rehabilitacji ogólnoustrojowej (jeśli spełniają wymagania). Skierowana jest do pacjentów wszystkich grup wiekowych ze schorzeniami neurologicznymi wymagających jednocześnie całodobowego nadzoru. Rehabilitacja neurologiczna dzieli się na: wczesną, wtórną i rehabilitację ciężkich uszkodzeń. Wybór

rodzaju rehabilitacji ustala lekarz oddziału szpitalnego na podstawie oceny stanu zdrowia, dysfunkcji układu nerwowego i oceny stopnia niepełnosprawności. Jej długość zależy od rodzaju prowadzonej rehabilitacji neurologicznej. Skierowanie wystawia lekarz oddziału:

- neurologicznego
- neurochirurgicznego
- urazowo – ortopedycznego
- w uzasadnionych przypadkach (z wyłączeniem OUN) lekarz poradni neurologicznej lub rehabilitacyjnej.

Stacjonarna rehabilitacja pulmonologiczna adresowana jest do pacjentów wymagających kontynuacji leczenia powikłanych lub przedłużających się chorób płuc i układu oddechowego. Kieruje na nią lekarz oddziału szpitalnego, gdzie odbywało się podstawowe leczenie i lekarz poradni chorób płuc, poradni rehabilitacyjnej i poradni alergologicznej. Trwa do 3 tygodni przez 6 dni w tygodniu, średnio 5 zabiegów dziennie.

Stacjonarna rehabilitacja kardiologiczna udzielana jest chorym po zawałach mięśnia sercowego, zabiegach kardiologicznych, innych schorzeniach układu krążenia we wskazaniach do rehabilitacji stacjonarnej. Termin przyjęcia do oddziału rehabilitacji uzgadniają między sobą lekarz oddziału szpitalnego z lekarzem kierującym. Czas trwania rehabilitacji wynosi:

- do 4 tygodni w przypadku zawału serca lub operacji wieńcowej lub zastawkowej
- do 2 tygodni w przypadku stanów po koronaroplastyce, ostrym incydencie wieńcowym bez wykonania koronaroplastyki lub operacjach kardiologicznych bez wykonania sternotomii.

Skierowanie wystawia:

- lekarz oddziału:
 - kardiologicznego
 - kardiologicznego
 - chorób wewnętrznych, pediatrycznego,
- lekarz poradni:
 - kardiologicznej
 - rehabilitacyjnej.

7. Leczenie uzdrowiskowe

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego biorąc pod uwagę aktualny stan zdrowia pacjenta, brak wskazań lub istniejące przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego, wpływ leczenia uzdrowiskowego na stan zdrowia pacjenta, zdolności do samoobsługi. Skierowanie powinno być przesłane przez lekarza, który je wystawił lub bezpośrednio przez pacjenta do Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem „*Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe*”.

Ocenę celowości skierowania przeprowadza lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej oddziału wojewódzkiego Funduszu, wskazując rodzaj i miejsce leczenia uzdrowiskowego. Lekarzowi specjalistom przysługuje także prawo dokonania zmiany kwalifikacji skierowania. Jeżeli lekarz specjalista stwierdzi przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia uzdrowiskowego, to nie potwierdza skierowania. Zwracane jest ono lekarzowi, który je wystawił, a pisemna informacja przekazywana jest pacjentowi. Na niepotwierdzenie skierowania przez Oddział Funduszu nie przysługuje odwołanie.

Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym trwa 21 dni, jest bezpłatny. Osoba pracująca w tym czasie otrzymuje zwolnienie lekarskie. Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym trwa 21 dni, jest częściowo odpłatny przez pacjenta. Osoba pracująca odbywa go w ramach urlopu wypoczynkowego. Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa 28 dni, jest bezpłatny i odbywa się w ramach zwolnienia lekarskiego. Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa 28 dni, jest częściowo odpłatny i odbywa się w ramach urlopu wypoczynkowego.

Stawka za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatorium uzdrowiskowym, z uwzględnieniem standardu, dla turnusów 21 - dniowych oraz 28 - dniowych, za jeden dzień pobytu pacjenta, regulowana jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego (Dz. U. nr 274 poz. 2724 z późn. zm.).

W przypadku uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego pacjent, w ramach potwierdzonego skierowania, ma zapewnione bezpłatne zabiegi. Pacjent ponosi koszty pobytu (we własnym zakresie zapewnia sobie zakwaterowanie i wyżywienie) oraz uzgadnia termin rozpoczęcia leczenia z zakładem lecznictwa uzdrowiskowego, do którego otrzymał skierowanie nie później niż 14 dni przed planowaną datą rozpoczęcia leczenia.

Dzieci w wieku od 3 do 18 lat kierowane są na uzdrowiskowe leczenie szpitalne lub uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne. Leczenie dzieci jest bezpłatne. Dzieci w wieku od 3 do 6 lat mogą być kierowane na leczenie uzdrowiskowe same lub pod nadzorem opiekuna prawnego. Leczenie dzieci jest bezpłatne, natomiast opiekunowie ponoszą pełną odpłatność za pobyt. Dzieci uczęszczające do szkoły podstawowej lub gimnazjum kierowane są na leczenie uzdrowiskowe przez cały rok, zaś młodzież ponadgimnazjalna korzysta z leczenia uzdrowiskowego w okresie wolnym od nauki.

Ważne:

- w przypadku osób dorosłych zalecana częstotliwość korzystania z ambulatoryjnego i sanatoryjnego leczenia uzdrowiskowego oraz rehabilitacji w sanatorium uzdrowiskowym - nie częściej niż raz na 12 miesięcy

- w przypadku braku miejsc w odpowiednich zakładach lecznictwa uzdrowiskowego Oddział Funduszu prowadzi listę osób oczekujących na potwierdzenie skierowania
- ubezpieczeni mają prawo do informacji o swojej kolejności na liście oczekujących
- okres ważności skierowania na leczenie uzdrowiskowe wynosi 12 miesięcy od daty wystawienia skierowania. Skierowanie po utracie ważności odsyłane jest do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego celem weryfikacji. O utracie ważności skierowania pacjent powiadamiany jest pisemnie
- NFZ nie organizuje i nie pokrywa kosztów podróży na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego
- pacjent ponosi koszty opłaty klimatycznej.

W przypadku rezygnacji z przyznanego leczenia uzdrowiskowego skierowanie należy bezzwłocznie zwrócić do Oddziału Funduszu. Każda rezygnacja powinna być uzasadniona i udokumentowana pisemnie. Oddział Funduszu uzna rezygnację i zwrot skierowania za zasadny, gdy ich powodem jest: wypadek losowy lub choroba ubezpieczonego (np. pobyt w szpitalu), potwierdzone odpowiednim dokumentem. W przypadku uzasadnionego zwrotu skierowania Fundusz wyznacza nowy termin realizacji skierowania, zgodnie z pierwotną datą wpływu skierowania. Nieuzasadniony zwrot skierowania traktowany jest jak złożenie nowego skierowania lub skierowanie zwracane jest do lekarza, który je wystawił.

8. Opieka długoterminowa

W ramach ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ pacjenci mogą korzystać z następujących usług opieki długoterminowej:

- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych
- świadczeń opieki paliatywno - hospicyjnej.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze przeznaczone są dla osób obłożnie i przewlekle chorych, które nie wymagają hospitalizacji, ale kontynuacji leczenia oraz profesjonalnej opieki i pielęgnacji.

Świadczenia w powyższym rodzaju realizowane są w:

➤ warunkach stacjonarnych:

- zakład opieki długoterminowej (pielęgnacyjno - opiekuńczy lub opiekuńczo - leczniczy)

➤ warunkach domowych:

- w zespołach długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie
- w ramach pielęgniarstwa długoterminowej.

Zadaniem stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej jest okresowe lub stałe objęcie całodobową pielęgnacją i kontynuacją leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania,

leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym są niezdolne do samoopieki oraz wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia opieki pielęgniarskiej.

W zakładach stacjonarnych opieki długoterminowej mogą być również realizowane świadczenia na rzecz pacjentów z niewydolnością oddechową, wymagających stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii (po spełnieniu przez zakład określonych przez NFZ wymogów).

Sposób i tryb kierowania osób do zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych i opiekuńczo - leczniczych oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w zakładach:

- publicznych – określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz szczegółowych zasad odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166, poz. 1265)
- niepublicznych – decyzję o przyjęciu do zakładu podejmuje dyrektor zakładu w porozumieniu z lekarzem zakładu.

Domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie to kompleksowe świadczenie realizowane przez lekarza, pielęgniarkę i rehabilitanta nad obłożnie chorymi z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej (przy pomocy respiratora, przez rurkę tracheostomijną) bądź nieinwazyjnej (przez różnorodne ustniki, maski) ciągłej lub okresowej terapii oddechowej. Ten rodzaj opieki przeznaczony jest dla pacjentów niewymagających pobytu w zakładach opieki całodobowej, jednak wymagających stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Pacjent musi wyrazić świadomą zgodę na ten rodzaj leczenia (w przypadku dzieci wymagana jest zgoda opiekunów prawnych).

Terapię oddechową przy pomocy respiratora, w warunkach domowych, mogą być objęci pacjenci:

- z udokumentowanym zakończonym leczeniem przyczynowym
- w pełni zdiagnozowani (u których wykonano wszelkie niezbędne badania diagnostyczne, uzasadniające rozpoznanie i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż wentylacja mechaniczna)
- mający zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, aby podczas terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo pacjenta.

Podstawą do objęcia opieką chorego wentylowanego mechanicznie w warunkach domowych jest skierowanie od lekarza prowadzącego pacjenta na oddziale szpitalnym.

Pielęgniarska opieka długoterminowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Pacjenci objęci tą opieką nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych. Ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają jednak systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem POZ.

Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej mogą być zakwalifikowani pacjenci przewlekle chorzy niezdolni do samodzielnej opieki i wymagający przynajmniej jednego z wymienionych świadczeń pielęgniarskich przez okres powyżej 2 tygodni:

- kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia
- wykonywania opatrunków
- karmienia przez zgłębnik lub przez przetokę
- pielęgnacji przetoki
- założenia i usunięcia cewnika jako stałe zlecenie lekarskie
- płukania pęcherza moczowego
- pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheotomijną.

Podstawą objęcia chorego pielęgniarską opieką długoterminową jest:

- skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
- kwalifikacja pielęgniarska do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową
- pisemna zgoda pacjenta (w przypadku dzieci zgoda opiekunów prawnych).

Szereg działań z zakresu opieki paliatywnej jest podejmowanych we wcześniejszym okresie choroby, jeszcze w okresie leczenia mającego na celu przedłużenie życia.

Świadczenia w opiece paliatywno – hospicyjnej udzielane są w warunkach:

- stacjonarnych – oddział medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarne
- domowych – hospicjum domowe
- ambulatoryjnych – poradnia medycyny paliatywnej (opieka sprawowana jest wobec chorych, którzy mogą przybyć do poradni lub wymagają wizyt domowych, ze względu na ograniczoną możliwość poruszania przy stabilnym stanie ogólnym).

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna całościowa opieka nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Jest sprawowana zazwyczaj u kresu życia lub w fazie znacznego zaawansowania choroby. Obejmuje zwalczanie bólu i leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych, pielęgnację oraz wspieranie rodziny chorego.

Świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej udzielane są, w zależności od potrzeb, przez wielodyscyplinarny zespół osób przygotowanych do opieki nad chorym umierającym.

W skład tego zespołu wchodzi: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog oraz duchowny.

W celu objęcia pacjenta opieką paliatywną konieczne jest:

- skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego
- zgoda pacjenta lub jego rodziny albo opiekuna na objęcie opieką paliatywną i hospicyjną wyrażona na piśmie; w przypadku dzieci - przez rodziców/opiekunów prawnych, a po 16 roku życia także przez chore dziecko
- wskazanie medyczne, w szczególności fakt występowania u chorego schorzenia nie rokującego nadziei na wyleczenie.

Oddział medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne przeznaczone są przede wszystkim dla pacjentów w schyłkowym okresie życia, z trudnymi do kontroli objawami w przebiegu: przewlekłych, zagrażających życiu chorób układu mięśniowo - nerwowego, uszkodzenia mózgu, zapalenia trzustki, niepoddających się leczeniu odleżyn oraz dla pacjentów z innymi schorzeniami bez nadziei na wyleczenie. Oddział medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne nie może funkcjonować w ramach innego oddziału szpitalnego, musi być odrębną komórką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej.

Poradnia medycyny paliatywnej sprawuje opiekę wobec chorych, którzy mogą przybyć do poradni lub ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się, ale stabilny stan ogólny wymagają wizyt domowych, jednak nie częściej niż 2 razy w tygodniu. W ramach poradni medycyny paliatywnej udzielane są:

- porady lekarskie, psychologiczne
- porady lekarsko - pielęgniarskie w domu chorego
- konsultacje lekarskie, w tym również chorych, którzy nie zostali zakwalifikowani do hospicjum domowego
- wsparcie rodzinie chorego.

W hospicjum domowym ciągłą, wielodyscyplinarną, całościową opieką obejmuje się chorych z zaawansowanymi, nie poddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi, zagrażającymi życiu chorobami przewlekłymi o złym rokowaniu. Pacjentom objętym pomocą hospicjum domowego przysługują co najmniej dwie wizyty lekarskie w miesiącu, natomiast wizyty pielęgniarskie - w zależności od potrzeb, lecz nie mniej niż 2 razy w tygodniu oraz udzielanie porad telefonicznych w każdym dniu tygodnia (o ile wystąpi taka potrzeba). Wizyty innych członków zespołu hospicjum domowego (psychologa, fizjoterapeuty) ustalane są przez lekarza sprawującego opiekę indywidualnie, w zależności od potrzeb pacjenta.

9. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Podstawą do uzyskania refundowanego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego jest „zlecenie na zaopatrzenie w wyrób medyczny będący przedmiotem

ortopedycznym lub środkiem pomocniczym” wystawione przez określonego specjalistę (np. zlecenie na aparat słuchowy wystawia laryngolog, a na soczewki okularowe - okulista).

Ważne:

- zlecenie musi zostać potwierdzone przez oddział wojewódzki NFZ, na terenie którego pacjent jest zameldowany. W razie jakichkolwiek wątpliwości pracownik NFZ ma prawo zweryfikować dane przedstawione w zleceniu
- zlecenie może być potwierdzone osobiście przez pacjenta, inną osobę w jego imieniu lub drogą pocztową
- informacje o miejscach, gdzie w danym województwie potwierdzane są zlecenia na zaopatrzenie ortopedyczne pacjent może uzyskać w oddziale wojewódzkim NFZ lub na jego stronie internetowej:

http://www.nfz-opole.pl/swiadczeniobiorcy/Wykaz_TRUM.htm

Osobom uprawnionym na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza/ felczera na zaopatrzenie comiesięczne, zostanie wydana Karta Zaopatrzenia Comiesięcznego na dany rodzaj środka pomocniczego (tj. pieluchomajtki, sprzęt stomijny, cewniki, worki do zbiórki moczu) - na okres 12 miesięcy. Lekarz zobowiązany jest do odnotowania w „Karcie” faktu wystawienia zlecenia. Zlecenie na comiesięczne zaopatrzenie w środki pomocnicze traci ważność po upływie 30 dni od daty wystawienia. Ubezpieczony może być zaopatrzony jednorazowo w środki „comiesięczne” maksymalnie na okres 3 kolejnych miesięcy. Realizujący zlecenie ma obowiązek naniesienia w Karcie Zaopatrzenia faktu aktualnie realizowanego zlecenia oraz na zleceniu terminu ostatnio otrzymanego przez pacjenta zaopatrzenia w środki pomocnicze.

Realizacja zlecenia następuje u każdego Świadczeniodawcy mającego zawartą umowę z NFZ. Stosowna informacja znajduje się na stronach internetowych Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

Zlecenie na przedmioty ortopedyczne i pozostałe środki pomocnicze (niecykliczne)

Ponowne przyznanie zaopatrzenia może nastąpić po upływie okresu jego użytkowania, określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych (Dz. U. z 2004 r. Nr 276, poz. 2739 z późn. zm.). Zlecenie traci ważność po upływie 90 dni od daty jego wystawienia. W przypadku braku w Oddziale Funduszu środków finansowych na pełne pokrycie w/w zaopatrzenia - bieg terminu 90 dni ulega zawieszeniu na czas oczekiwania w kolejce na potwierdzenie zlecenia (ubezpieczony ma prawo do informacji na temat pozycji zajmowanej na liście). Ubezpieczony może zrealizować potwierdzone i zaewidencjonowane zlecenie u Świadczeniodawcy posiadającego umowę z Funduszem.

Prawo do nabycia bezpłatnych (do wysokości limitu) przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, na podstawie zlecenia lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje:

- inwalidom wojennym i wojskowym
- cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych
- osobom represjonowanym
- uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi MON, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Zasady refundacji

NFZ finansuje przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze do wysokości limitu określonego w przepisach ministerstwa zdrowia (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004r. w sprawie limitu cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach, oraz limitu cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 275 poz. 2732 z póź. zm.).

Jeśli cena wybranego przez pacjenta przedmiotu jest wyższa niż cena określona limitem, oddział wojewódzki NFZ pokrywa koszt przedmiotu do wysokości limitu, a różnicę pomiędzy ceną brutto a kwotą refundacji dopłaca pacjent. Refundacja danego środka czy przedmiotu przysługuje pacjentowi na konkretny okres czasu i dopiero po jego upływie możliwe jest wystawienie przez lekarza kolejnego wniosku na następny wyrób medyczny.

Ważne:

Wysokość dopłaty pacjenta do refundowanego przez NFZ wyrobu medycznego zależy od jego rodzaju, ceny oraz wysokości limitu.

Refundowane naprawy sprzętu

Podstawą do naprawy przedmiotu ortopedycznego, podlegającego refundacji (np. wózek inwalidzki, aparaty ortopedyczne, protezy kończyn) jest wypełniony wniosek o wykonanie naprawy, który pacjent musi potwierdzić w oddziale wojewódzkim NFZ. Wniosek na naprawę traci ważność po upływie 30 dni od daty potwierdzenia. Realizacja napraw odbywa się z reguły w placówce, w której pacjent dokonał zakupu przedmiotu ortopedycznego.

III. INFORMACJE DODATKOWE

1. Zagrożenie życia i stany nagłe

W sytuacji nagłego zachorowania lub zagrożenia życia pacjent ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych bez skierowania w szpitalnych izbach przyjęć lub w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Należy pamiętać, że miejsca te służą do ratowania życia, a nie do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych, które można otrzymać, w trybie ambulatoryjnym u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty.

Jeżeli znajdziemy się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, należy wezwać pogotowie ratunkowe, dzwoniąc:

- z telefonu stacjonarnego na numer **999**
- z telefonu komórkowego na numer **112**.

Najważniejsze informacje, które należy podać po zgłoszeniu dyspozytora:

- dokładne miejsce zdarzenia (adres, lokalizacja, punkty orientacyjne)
- powód wezwania - co się stało (rodzaj zdarzenia, zachorowania, liczba poszkodowanych)
- kto potrzebuje pomocy (imię nazwisko, wiek, płeć)
- kto wzywa zespół ratownictwa medycznego (imię i nazwisko, numer telefonu)

Ponadto należy odpowiadać dokładnie na zadane przez dyspozytora pytania. W określonych przypadkach należy bezwzględnie dostosować się do zaleceń dyspozytora w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Wezwanie przyjęte do realizacji ma zostać potwierdzone przez dyspozytora słowami: „wezwanie przyjęte”.

Ze świadczeń szpitalnego oddziału ratunkowego nie należy korzystać w celu uzyskania:

- recepty na stosowane przewlekle leki
- konsultacji specjalistycznych i badań dodatkowych, poza niezbędnymi w danym momencie
- zwolnienia lekarskiego
- wniosku do ZUS
- skierowania do sanatorium oraz innych zaświadczeń i druków medycznych niezwiązanych z aktualnym zachorowaniem.

W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez skierowania.

Jeżeli pacjent zdecyduje się na uzyskanie porady medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej, nie posiadającym z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń, musi liczyć się z koniecznością uiszczenia opłaty za udzielone świadczenia i ewentualne badania diagnostyczne. Jedynie w przypadkach nagłych pacjent ma prawo do refundacji przez Fundusz kosztów niezbędnych świadczeń zdrowotnych udzielonych przez lekarza lub

zakład opieki zdrowotnej, który nie jest związany umową z Funduszem, wówczas gdy wykaże, iż nie miał innej możliwości uzyskania pomocy.

2. Leki i ich refundacja

Receptę na lek wystawia lekarz. Pacjentowi na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne. Receptę może wystawić również lekarz, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, ale posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z NFZ umowę upoważniającą do wystawienia recept podlegających refundacji.

Listę leków i wyrobów medycznych refundowanych przez NFZ ustala i zatwierdza Minister Zdrowia. Refundowane leki wydawane są bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.

Refundacji podlegają:

- podstawowe leki ratujące życie lub niezbędne do odpowiedniej terapii. Odpłatność za nie jest ryczałtowa i wynosi 3,20 zł do wysokości limitu (górną granicą kwoty refundowanej za dany lek)
- leki wspomagające lub uzupełniające działanie leków podstawowych, odpłatność za nie wynosi 30 % lub 50% ceny leku do wysokości limitu
- leki i wyroby medyczne stosowane w przypadku wybranych chorób przewlekłych, które są najczęściej bezpłatne, niektóre wydawane za odpłatnością ryczałtową, 30% lub 50%
- leki recepturowe sporządzane z surowców farmaceutycznych oraz leków gotowych zamieszczonych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, jeżeli ich dawka przepisana przez lekarza jest mniejsza od najmniejszej zarejestrowanej dawki leku gotowego w formie stałej stosowanej doustnie. Odpłatność za nie jest ryczałtowa i wynosi 5 zł. (jeśli lek sporządzono z surowców wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia).

Finansowanie leków niedopuszczonych do obrotu w Polsce oraz w Unii Europejskiej

W sytuacjach wyjątkowych, ratowania życia lub zdrowia ubezpieczonego, refundowane mogą być leki sprowadzane z zagranicy. Pacjent ubiegający się o refundację tego typu leku musi wystąpić do NFZ za pośrednictwem oddziału wojewódzkiego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Wniosek, wystawiony przez lekarza leczącego wraz z zaświadczeniem Konsultanta Wojewódzkiego właściwego ze względu na schorzenie pacjenta uzasadniającym potrzebę stosowania leku, musi być podpisany przez Ministra Zdrowia.

Ważne:

Farmaceuta ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na receptę (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 receptę adnotację „nie zamieniać”.

Termin realizacji recept:

- nie może przekroczyć 7 dni od daty jej wystawienia w przypadku recepty na antybiotyki oraz recepty wystawionej w ramach pomocy doraźnej
- nie może przekroczyć 30 dni od daty jej wystawienia dla pozostałych recept
- nie może przekroczyć 120 dni od daty jej wystawienia w przypadku realizacji recepty na leki sprowadzane z zagranicy dla użytkowników indywidualnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach, jak również na preparaty immunologiczne wytwarzane dla indywidualnego pacjenta
- nie może przekroczyć 90 dni od daty jej wystawienia w przypadku realizacji recepty na preparaty immunologiczne dla indywidualnego pacjenta.

Uprawnienia dodatkowe

Istnieją następujące kategorie dodatkowych uprawnień przysługujących pacjentom uprzywilejowanym:

- IB (Inwalida Wojenny) - inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich współmałżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu, 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 Rzeczypospolitej Polskiej, za wyjątkiem leków recepturowych, które wydawane są na podobnych zasadach jak dla ubezpieczonych
- IW (Inwalida Wojskowy) - inwalidom wojskowym oraz niewidomym ofiarom działań wojennych, przysługuje bezpłatne do wysokości limitu zaopatrzenie w leki z listy podstawowej i uzupełniającej
- ZK (Zasłużony Honorowy Dawca Krwi, Zasłużony Honorowy Dawca Przeszczepu) - Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi otrzymują leki z listy podstawowej i uzupełniającej bezpłatnie do wysokości limitu oraz leki, które mogą stosować w związku z oddawaniem krwi, Zasłużeni Honorowi Dawcy Przeszczepu otrzymują leki z listy podstawowej i uzupełniającej do wysokości limitu oraz leki, które mogą stosować w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek, tkanek i narządów

- PO - osoby wykonujące powszechny obowiązek obrony otrzymują bezpłatnie i bez dopłaty do limitu wszystkie leki z listy podstawowej i uzupełniającej oraz leki recepturowe
- AZ - uprawnieni pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest otrzymują bezpłatnie leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbestie wyszczególnione w osobnym wykazie
- CN - nieubezpieczone kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu otrzymują leki i wyroby medyczne związane z ciążą, porodem i położeniem na takich samych zasadach jak inni ubezpieczeni
- DN - nieubezpieczeni do ukończenia 18 roku życia mają prawo do świadczeń na zasadach i w zakresie określonym dla ubezpieczonych
- IN - osoby nieubezpieczone mające prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym odrębnymi przepisami.

Ważne:

- osoby posiadające dodatkowe uprawnienia do zaopatrzenia w leki zobowiązane są do przedstawienia lekarzowi wypisującemu receptę dokumentu potwierdzającego uprawnienia
- osoby posiadające dodatkowe uprawnienia do zaopatrzenia w leki przy realizowaniu recepty muszą przedstawić dokument potwierdzający te uprawnienia. Farmaceuta obowiązany jest do odnotowania na odwrocie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia.

3. Dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna (historia zdrowia i choroby, historia choroby – dokumentacja indywidualna wewnętrzna) jest własnością zakładu opieki zdrowotnej. Każdy ZOZ ma jednak obowiązek udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta lub upoważnionym organom. Dokumentacja medyczna jest udostępniana na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej.

Zakład opieki zdrowotnej udostępnia dokumentację medyczną:

- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta
- zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych
- właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru

- Ministrowi Zdrowia, sądom i prokuratorom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej w związku z prowadzonym postępowaniem
- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek
- organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem
- rejestrom usług medycznych w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów
- zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej.

Dokumentacja medyczna może być udostępniana także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Ważne:

Dokumentacja udostępniana jest podmiotom i organom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów, a w razie śmierci pacjenta – osobie przez niego upoważnionej do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu.

Formy udostępniania:

- wgląd w zakładzie opieki zdrowotnej
- sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii
- na nośniku elektronicznym, jeżeli zakład prowadzi dokumentację w formie elektronicznej
- przez wydanie oryginałów (tylko na żądanie sądów i prokuratur) za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

Zasady odpłatności

Za udostępnienie dokumentacji w formie wyciągów, odpisów lub kopii zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest publikowana przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale.

Maksymalna wysokość opłat za:

- jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,0015 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale
- jedną stronę kopii (kserokopii) dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,00015 przeciętnego wynagrodzenia jw.
- sporządzenie wyciągu odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych nie może przekroczyć 0,001 przeciętnego wynagrodzenia jw.

4. Transport sanitarny

Transport sanitarny dzielimy następująco:

- transport systemu ratownictwa medycznego
- transport sanitarny w POZ (w podstawowej opiece zdrowotnej - lekarz rodzinny)
- transport sanitarny „daleki” w POZ
- transport sanitarny karetką „N”.

Transport systemu państwowego ratownictwa medycznego – obejmujący karetki pogotowia – realizuje zadania w ramach systemu ratownictwa medycznego wynikające z Ustawy o Ratownictwie Medycznym, a więc związane bezpośrednio z ratowaniem życia w stanach nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Oznacza to, że karetka pogotowia przyjeżdża na miejsce wezwania, zaopatruje chorego, tzn. udziela pierwszej pomocy i, gdy jest taka potrzeba, zawozi chorego do szpitala. Pamiętajmy, że w takich przypadkach, kiedy konieczna jest interwencja zespołu ratownictwa medycznego, a w jej wyniku pacjent zostaje odwieziony do szpitala, nie ma on wpływu na to, do jakiego szpitala zostanie przewieziony. Udzielający pomocy doraźnej zespół ratownictwa medycznego transportuje bowiem osobę chorą do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub też do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo lekarza koordynatora medycznego.

Karetka Pogotowia Ratunkowego nie może być używana do transportu sanitarnego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Istnieje bowiem ustawowy zakaz używania karetek pogotowia do innych celów niż ratunkowe.

Podział Zespołów Ratownictwa Medycznego:

- „S” – specjalistyczny (dawna „R”), w skład którego wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz oraz pielęgniarka systemu ubezpieczenia zdrowotnego lub ratownik medyczny. Działaniami zespołu kieruje lekarz.
- „P” – podstawowa (dawna „W”), w skład której wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; główną zasadą jest tu „load and go” (dosł. załaduj i jedź) – a więc jak najszybsze przetransportowanie chorego do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego.

Karetka Pogotowia Ratunkowego służy do transportowania osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Po odebraniu zgłoszenia (wezwania pod numerem telefonu 999 lub 112) i przeprowadzeniu wywiadu dyspozytor pogotowia ocenia sytuację oraz decyduje, który zespół ratownictwa medycznego wysłać.

Ważne: W przypadku wystąpienia stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego wezwij Pogotowie Ratunkowe, nawet jeśli w pobliżu twojego domu znajduje się szpital, może się bowiem okazać, że szpital ten nie będzie w stanie udzielić ci specjalistycznej pomocy, jeśli takiej będzie wymagał twój stan zdrowia.

Transport sanitarny w POZ

Transport sanitarny w POZ przysługuje pacjentom w następujących sytuacjach:

- gdy zachodzi konieczność podjęcia leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej leczącym określone schorzenie (z wyłączeniem stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia)
- dla zachowania ciągłości leczenia (gdy proces leczenia realizowany jest przez lekarza poz).

Świadczenie transportu sanitarnego w POZ obejmuje przejazd z miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do świadczeniodawcy udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem. Decyzję o konieczności zapewnienia pacjentowi transportu sanitarnego podejmuje lekarz. On też ocenia, czy transport będzie bezpłatny, częściowo lub całkowicie odpłatny. Jeżeli transport ma być częściowo lub całkowicie odpłatny, lekarz umieszcza stosowną informację na zleceniu.

Ważne:

Świadczenia transportu sanitarnego w POZ realizowane są jedynie przy wykorzystaniu ambulansów drogowych.

Odpłatność:

- transport bezpłatny przysługuje osobom z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego bez względu na schorzenie pacjenta
- transport częściowo lub pełnopłatny przysługuje osobom ze schorzeniami, u których nie występuje niepełnosprawność wynikająca z dysfunkcji narządu ruchu.

Wykaz jednostek chorobowych uprawniających świadczeniobiorcę do ubiegania się o możliwość skorzystania z przejazdu środkami transportu sanitarnego dla celów medycznych (z wyjątkiem stanów nagłego zagrożenia lub życia) za pełną lub częściowo odpłatnością:

- choroby krwi i narządów krwiotwórczych
- choroby nowotworowe
- choroby oczu
- choroby przemiany materii

- choroby psychiczne i zaburzenia zachowania
- choroby skóry i tkanki podskórnej
- choroby układu krążenia
- choroby układu moczowo - płciowego
- choroby układu nerwowego
- choroby układu oddechowego
- choroby układu ruchu
- choroby układu trawiennego
- choroby układu wydzielania wewnętrznego
- choroby zakaźne i pasożytnicze
- urazy i zatrucia
- wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe.

W zależności od wskazań medycznych, określa się dwa stopnie niesprawności:

- niesprawność I stopnia, do której zalicza się osobę zdolną do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby i zdolną do korzystania ze środków transportu publicznego. Tu pacjent ponosi pełny koszt przewozu środkiem transportu sanitarnego (100 %)
- niesprawność II stopnia – do której zalicza się osobę zdolną do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagającą przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub wymagającą korzystania z pojazdów dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych. W tym przypadku udział pacjenta w kosztach transportu wynosi 60 %.

Ważne:

Czasami miejsce udzielenia świadczenia wskazane w skierowaniu na transport sanitarny nie jest tym najbliższym we właściwym, uzasadnionym względami medycznymi, zakresie. Wówczas chory pokrywa koszty transportu wynikające z różnicy odległości pomiędzy świadczeniodawcą najbliższym, a docelowym.

Transport sanitarny „daleki” w POZ

Pacjenci mogą także w szczególnych przypadkach korzystać z tzw. transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ. O umożliwienie skorzystania z takiego transportu pacjent lub jego rodzina musi wystąpić z wnioskiem do dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Wniosek należy złożyć w tym oddziale, do którego „należy” pacjent. W każdym przypadku lekarz rodzinny potwierdza zasadność realizacji tzw. transportu dalekiego i wskazuje, kto ma zrealizować przewóz. Dyrektor Oddziału NFZ, po rozpatrzeniu wniosku, wydaje pisemną zgodę na transport lub jej odmawia.

Z transportu „dalekiego” w POZ pacjent może skorzystać w następujących sytuacjach:

- gdy z przyczyn losowych pacjent musiał skorzystać z pomocy medycznej w szpitalu za granicą, jego stan zdrowia w momencie wypisu ze szpitala jest stabilny, ale nie pozwala na samodzielny powrót do domu. Taki transport jest realizowany od granicy Polski do miejsca zamieszkania pacjenta
- gdy z przyczyn losowych pacjent musiał skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w zagranicznym szpitalu, stan zdrowia pacjenta pozwala na uzyskanie wypisu, ale wymaga on kontynuacji leczenia w kraju i oczywiście nie ma medycznych przeciwwskazań do przewozu ambulansem. W tym przypadku pacjent jest przewożony do szpitala, który jest położony najbliżej jego domu i w którym możliwe jest kontynuowanie leczenia

Ważne:

W dwóch powyższych przykładach do wniosku należy dołączyć zaświadczenie sporządzone w języku polskim, a przygotowane przez zagraniczny szpital, który realizował leczenie

- gdy, z przyczyn uzasadnionych medycznie pacjent musi korzystać ze świadczeń konkretnej poradni specjalistycznej, jednak najbliższa taka poradnia położona jest w odległości przekraczającej łącznie „tam i z powrotem” 120 km, a ogólny stan zdrowia pacjenta nie pozwala mu na samodzielne dotarcie do poradni. Tu transport przysługuje z miejsca zamieszkania pacjenta do najbliższego świadczeniodawcy, który udzieli mu świadczeń w potrzebnym zakresie, i z powrotem
- gdy pacjent musi korzystać z wysokospecjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych realizowanych jedynie przez niektóre poradnie, a odległość do poradni z miejsca zamieszkania pacjenta w sumie przekracza „tam i z powrotem” 120 km oraz jego ogólny stan zdrowia nie pozwala na samodzielny dojazd do poradni. Wtedy transport przysługuje od domu chorego do poradni i z powrotem.

Ważne:

W dwóch powyższych sytuacjach należy dołączyć do wniosku zaświadczenia z poradni specjalistycznej, która ma wykonać świadczenie.

Zespół sanitarny typu „N” (neonatologiczny) udziela świadczeń w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia, w tym wykonuje transport sanitarny chorego noworodka, w szczególności, kiedy występuje niewydolność oddechowa wymagająca sztucznej wentylacji, przy niewydolności układu krążenia, w stanach po operacjach chirurgicznych lub w przypadku konieczności niezwłocznego wykonania zabiegu w innym zakładzie opieki zdrowotnej, a także przewozi noworodki wymagające transfuzji wymiennej. Również drgawki lub niska waga urodzeniowa są podstawą do skorzystania ze świadczeń transportu sanitarnego typu „N”. W przypadkach uzasadnionych medycznie dopuszcza się także

transport z wykorzystaniem inkubatora dziecka chorego do 25 tygodnia w stanach chorobowych jak wyżej. Zespół sanitarny typu „N” nie jest zespołem działającym w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego.

5. Zdrowie w Unii Europejskiej

Z chwilą przystąpienia Polski do Unii Europejskiej obywatele naszego kraju nabyli takie same prawa i obowiązki, jak obywatele innych państw członkowskich Unii. Na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego, jakie posiadają w Polsce, są uprawnieni do otrzymania bezpłatnych lub refundowanych do odpowiedniej wysokości świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w krajach Unii. Należy jednak pamiętać o podstawowych zasadach:

- pacjent podczas pobytu czasowego (turystycznego) ma prawo do świadczeń niezbędnych z medycznego punktu widzenia jedynie w placówce, która ma umowę z miejscową kasą chorych (powszechnym ubezpieczycielem będącym odpowiednikiem polskiego NFZ)
- świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach obowiązujących w kraju pobytu
- w większości krajów pacjent dopłaca do świadczeń z własnej kieszeni, jest to koszt nierefundowany
- przed kosztami niepodlegającymi refundacji chroni indywidualna polisa, którą zaleca się wykupić przed wyjazdem za granicę
- świadczenia udzielane są po przedstawieniu przez pacjenta Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). **Uwaga! W niektórych państwach wymagany jest dodatkowo dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość.** Brak EKUZ może oznaczać konieczność zapłacenia za świadczenie z własnej kieszeni, pomimo iż uzasadnionego świadczenia udzielono w placówce działającej w danym kraju w powszechnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego. Warto jednak zachować faktury lub rachunki. Są one bowiem podstawą wystąpienia o refundację do ubezpieczyciela w kraju pobytu lub do NFZ już po powrocie do Polski.
- wniosek o zwrot kosztów leczenia należy złożyć do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania oddziału NFZ (refundacji nie podlegają koszty, które są udziałem własnym pacjenta)
- leczenie planowe za granicą wymaga zgody NFZ, inaczej odbywa się na koszt ubezpieczonego.

EKUZ wydawana jest osobom, które wyjeżdżają do innego kraju w celach turystycznych, jadą w odwiedziny, odbywają krótką podróż służbową, uczą się lub studiują za granicą, oddelegowane są do pracy za granicą przez polskiego pracodawcę, czy też pracują w transporcie międzynarodowym. EKUZ wydawana jest na wniosek

ubezpieczonego w oddziałach NFZ w całym kraju. Szczegółowe informacje można znaleźć na stronie internetowej www.nfz.gov.pl w zakładce „Nasze zdrowie w UE”.

Ważne:

- EKUZ otrzymuje się po wypełnieniu wniosku (dostępnego na stronach internetowych oddziałów NFZ lub bezpośrednio w siedzibach oddziałów Funduszu) oraz przedstawieniu aktualnego dowodu ubezpieczenia.
- wypełniony wniosek można złożyć osobiście w NFZ lub przesłać faksem albo pocztą wraz z kopiami dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne
- za wydanie EKUZ nie są pobierane żadne opłaty, a kartę z reguły wydaje się w dniu złożenia wniosku. W okresie wakacyjnym należy się jednak liczyć z koniecznością oczekiwania w kolejce. EKUZ można odebrać osobiście lub upoważnić do tego pisemnie osobę trzecią. Karta może być także przesłana przez NFZ pocztą na adres podany we wniosku.

Ważność Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego:

- w przypadku wyjazdu turystycznego ubezpieczonego EKUZ wydaje się na okres pobytu za granicą, ale nie dłużej niż na 4 miesiące licząc od końca miesiąca, za który została zapłacona ostatnia składka na ubezpieczenie
- osoby bezrobotne otrzymują kartę na 30 dni, na podstawie zaświadczenia z Powiatowego Urzędu Pracy wydanego w związku z EKUZ
- dla uczniów i studentów podejmujących naukę za granicą karta ważna jest do końca semestru lub roku szkolnego bądź akademickiego, co stwierdza się na podstawie dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie oraz zaświadczenia bądź legitymacji ze szkoły lub uczelni
- EKUZ dla emerytów ważna jest do 5 lat; dla rencistów - na czas przyznanego świadczenia, ale nie dłużej niż na 5 lat.

Ważne:

Jeżeli termin ważności karty mija, a osoba ubezpieczona w NFZ nadal przebywa za granicą, należy złożyć wniosek o wydanie następnej karty. Wniosek wraz z dokumentem potwierdzającym ubezpieczenie można złożyć drogą pocztową lub faksem, bądź upoważniając osobę trzecią do wystąpienia o kartę.

6. Składanie skarg i wniosków

Jeżeli ubezpieczony uzna, że jego prawo do ochrony zdrowia nie jest realizowane w sposób zadowalający, może złożyć skargę. Każda instytucja powinna umieścić w widocznym miejscu informację o dniach i godzinach przyjęć w sprawach skarg i wniosków.

W przypadku, gdy:

- skarga dotyczy niewłaściwego postępowania pracownika zakładu opieki zdrowotnej, należy interweniować bezpośrednio u przełożonego, w szpitalu jest nim ordynator, natomiast w przychodni - kierownik. Skargę pacjent może skierować również do dyrektora zakładu opieki zdrowotnej. Jest to najszybsza droga do wyjaśnienia sytuacji będącej przedmiotem skargi
- skarżący nie jest zadowolony ze sposobu załatwienia sprawy, wówczas po pomoc może zwrócić się do Oddziału Wojewódzkiego NFZ lub Rzecznika Praw Pacjenta przy Opolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ
- pacjent uważa, iż personel medyczny popełnił błąd w procesie leczenia bądź postępuje sprzecznie z zasadami etyki zawodowej, instytucją kompetentną do rozpatrzenia sprawy jest Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Izby Lekarskiej. W kwestii zastrzeżeń do pracy pielęgniarek lub położnych skargę pacjent może skierować do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Skarga pisemna, która nie zawiera imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu osoby, która ją wniosła, nie zostanie rozpatrzona. Nie kwalifikuje się jako skargi pism dotyczących spraw, które zostały rozstrzygnięte prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją administracyjną.

7. Zasady postępowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

Odpowiedzialność świadczeniodawcy

Świadczeniodawca to podmiot udzielający świadczeń – gabinet, poradnia, przychodnia, szpital itp. - mający umowę z NFZ. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń, za powstałe w związku z tym szkody, za podawanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonym przez siebie pacjentom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Obowiązki świadczeniodawcy:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej
- zapewnianie pacjentom wszystkiego, co potrzebne w trakcie leczenia
- przestrzeganie praw pacjenta
- osobiste wykonywanie świadczeń przez uprawnione, posiadające odpowiednie kwalifikacje osoby
- udzielanie świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających określonym wymaganiom, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne

certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku

- podanie do wiadomości pacjentów, w widocznym miejscu, informacji o godzinach i miejscach oraz o personelu udzielającym świadczeń. Miejsce to należy oznaczyć tablicą ze znakiem graficznym NFZ. W przypadku, gdy w jednym budynku są także inne podmioty, znak graficzny NFZ powinien być umieszczony w sposób jednoznacznie wskazujący, który z podmiotów udziela świadczeń na podstawie umowy z Funduszem
- podanie do wiadomości pacjentów: trybu składania skarg i wniosków, wykazu praw pacjenta; numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego, to jest numerów: „112” i „999”; adresu oraz numeru telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia, informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie
- rejestracja pacjentów na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej
- przyjmowanie pacjentów w ustalonym terminie (w razie zmiany terminu, należy poinformować pacjenta o tej zmianie w każdy dostępny sposób)
- prowadzenie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z ustawą i stosownymi przepisami.

Zasady postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia:

- lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy lekarz udzielający świadczeń w ramach umowy z NFZ
- za badania diagnostyczne płaci świadczeniodawca, który na nie kieruje. Badanie diagnostyczne należy wykonać na skierowanie od lekarza i w miejscu przez niego wskazanym. Inaczej odbędzie się ono na koszt pacjenta
- lekarz kierując pacjenta do poradni specjalistycznej lub do szpitala dołącza do skierowania wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, a także istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu
- w razie braku możliwości dalszej opieki w danej poradni specjalistycznej, lekarz może skierować pacjenta do innego specjalisty tej samej specjalności, uwzględniając dotychczasowe wyniki badania i leczenia
- lekarz w poradni specjalistycznej zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pod opieką którego znajduje się pacjent, o rozpoznaniu, sposobie

leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym o okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej na podstawie informacji od lekarza z poradni specjalistycznej
- skierowanie na dodatkowe lub kontrolne badania diagnostyczne potrzebne w leczeniu specjalistycznym wystawia lekarz prowadzący leczenie specjalistyczne
- w przypadku zakwalifikowania pacjenta do leczenia szpitalnego, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne badania diagnostyczne i konsultacje
- w czasie pobytu pacjenta w szpitalu lekarz nie może mu wystawiać recept na leki ani zleceń na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
- po zakończeniu leczenia szpitalnego, a także po udzieleniu świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć, Świadczeniodawca wydaje pacjentowi kartę informacyjną, o ile są w niej zalecone także: skierowanie na świadczenia zdrowotne, recepty na leki, zlecenie na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz zlecenie na transport.

8. Prawa pacjenta

Każdy ma prawo do ochrony zdrowia i do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na warunkach i w zakresie określonym w ustawie zdrowotnej.

Pacjent zgłaszający się do zakładu opieki zdrowotnej ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności.

Zakład opieki zdrowotnej

W zakładzie opieki zdrowotnej pacjent ma prawo do:

- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń - do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń
- udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym
- informacji o swoim stanie zdrowia
- wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji

- intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych
- udostępniania mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniana
- zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby
- dostępu do informacji o prawach pacjenta.

Zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń przez całą dobę

W zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, np. w szpitalu, sanatorium, zakładzie leczniczo - opiekuńczym pacjent przyjęty do tego zakładu ma prawo do:

- zapewnienia mu środków farmaceutycznych i materiałów medycznych oraz pomieszczenia i żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia
- opieki duszpasterskiej oraz dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie, kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz
- wypisania z zakładu opieki zdrowotnej na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w tym zakładzie.

Pogotowie ratunkowe

Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych pogotowia ratunkowego w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia.

Opieka lekarska

Pacjent ma prawo do:

- udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi lekarzowi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością
- uzyskania od lekarza pomocy lekarskiej w sytuacji zagrożenia utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki
- uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu

- decydowania o osobach, którym lekarz może udzielać informacji o stanie zdrowia pacjenta
- wyrażenia zgody lub odmowy na przeprowadzenie badania lub zabiegu operacyjnego, albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko
- poszanowania przez lekarza intymności i godności osobistej pacjenta
- decydowania o uczestniczeniu przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osób innych niż niezbędny personel medyczny
- wnioskowania do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego
- wiedzy o zamiarze lekarza o odstąpieniu od leczenia pacjenta i wskazania mu realnych możliwości leczenia się u innego lekarza
- decydowania o podaniu przez lekarza do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta.

**WYKAZ PLACÓWEK UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W POWIECIE OLESKIM W 2011 ROKU
W OPARCIU O KONTRAKTY ZAWARTE Z OPOLSKIM ODDZIAŁEM
WOJEÓDZKIM NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

ZAKŁADY OPIEKI ZDROWOTNEJ

**OPIEKA ZDROWOTNA
W POWIECIE OLESKIM
W 2011 ROKU**

➤ **Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie**

46 - 300 Olesno, ul. Klonowa 1

Sekretariat -	tel.: 034/350-97-00
Naczelną Pielęgniarką-	tel.: 034/350-96-15
MET-ORG-	tel.: 034/350-96-16
Biuro wypisów -	tel.: 034/350-97-21
BHP-	tel.: 034/350-96-18
Kadry-	tel.: 034/350-97-32

Szpitalny Oddział Ratunkowy

dyspozytornia centrum powiadamiania ratunkowego -
konsola szpitalnego oddziału ratunkowego -

tel.: 034/350-96-63
tel.: 034/350-96-34

Izba Przyjęć -	tel.: 034/350-96-64
Oddział Izby Przyjęć-	tel.: 034-350-96-22

Oddział Wewnętrzny

ordynator -	tel.: 034/350-96-19
lekarz dyżurny -	tel.: 034/350-96-55
lekarze asystenci -	tel.: 035/350-96-54
pielęgniarka oddziałowa -	tel.: 034/350-96-25
pokój pielęgniarstwa (męski) -	tel.: 034/350-96-91
pokój pielęgniarstwa (żeński) -	tel.: 034/350-96-53

Oddział Chirurgii Ogólnej

ordynator -	tel.: 035/350-96-11
lekarze asystenci -	tel.: 034/350-96-61
pielęgniarka oddziałowa -	tel.: 034/350-96-07
pokój pielęgniarstwa -	tel.: 034/350-96-31

Oddział Ortopedii

lekarze -	tel.: 034/350-96-58
pokój pielęgniarstwa -	tel.: 034/350-96-60

Oddział Ginekologiczno – Położniczy

ordynator -	tel.: 034/350-97-23
-------------	---------------------

lekarz dyżurny - tel.: 034/350-96-72
lekarze asystenci - tel.: 034/350-96-94
pielęgniarka oddziałowa - tel.: 034/350-96-71
pokój pielęgniarstwa (ginekologia) - tel.: 034/350-96-70
pokój pielęgniarstwa (położnictwo) - tel.: 034/350-96-73
pokój pielęgniarstwa (noworodki) - tel.: 034/350-96-68
blok porodowy - tel.: 034/350-96-74

Oddział Dziecięcy

ordynator - tel.: 034/350-96-23
lekarz dyżurny - tel.: 034/350-96-67
lekarze asystenci - tel.: 034/350-96-93
pokój pielęgniarstwa - tel.: 024/350-96-66

Oddział Intensywnej Terapii

lekarz - tel.: 034/350-96-77
pielęgniarka oddziałowa - tel.: 034/350-96-13
pokój pielęgniarstwa - tel.: 034/350-96-78

Stacja Dializ

ordynator - tel.: 034/350-96-69
pokój pielęgniarstwa - tel.: 034/350-96-57

Blok Operacyjny

pokój pielęgniarstwa - tel.: 034/350-96-92

- **Zakład Opiekuńczo - Lecznicy im. Królowej Karoli w Dobrodzieniu**
46 - 380 Dobrodzień, ul. Oleska 5, tel.: 034/357-54-51, 034/357-55-43

Zadaniem Zakładu Opiekuńczo - Lecznicy jest intensywna pielęgnacja połączona z rehabilitacją osób przewlekle chorych. Pacjenci chcący skorzystać z usług ZOL- u muszą wraz z NFZ współfinansować pobyt w zakładzie. Odpłatność została ustalona, zgodnie z ustawą, na 70 % przyznanej renty lub emerytury, zasiłku stałego lub renty socjalnej.

Aby zostać umieszczonym w ZOL-u, należy złożyć stosowny wniosek. Do wniosku dołącza się zaświadczenie lekarskie, wywiad pielęgniarstwa, ocenę pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel, dokument stwierdzający wysokość dochodu, dane pacjenta oraz oświadczenie, które zobowiązuje do poinformowania Wydziału Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa i Zdrowia Starostwa Powiatowego w Oleśnie o wszelkich zaistniałych zmianach w sytuacji życiowej osoby starającej się o skierowania do Zakładu Opiekuńczo – Lecznicy w Dobrodzieniu. Wnioski można uzyskać u wszystkich lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w ZOL-u oraz w Starostwie Powiatowym w Wydziale

Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa i Zdrowia (pokój nr 6 w budynku Powiatowego Urzędu Pracy w Oleśnie, ul. Dworcowa 4). Wypełniony wniosek należy złożyć w sekretariacie Starostwa Powiatowego w Oleśnie, ul. Pieloka 21 lub w Wydziale Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa i Zdrowia. Następnie wniosek jest opiniowany przez wyznaczonego lekarza i na podstawie opinii wydawana jest decyzja administracyjna o umieszczeniu osoby w ZOL-u w Dobrodzieniu.

- **Przychodnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia**
46 - 300 Olesno, ul. Krasickiego 22, tel.: 034/358-40-90
czynny: poniedziałek, piątek 8⁰⁰ - 19⁰⁰

Poradnia udziela porad osobom uzależnionym, rodzinom osób uzależnionych bądź zagrożonym uzależnieniem. Osoba zgłaszająca się do poradni powinna posiadać dowód osobisty oraz dokument świadczący o ubezpieczeniu.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c. G. Borowik - Bzdzion, J. Idasiak, A. M. Zygmunt
46 - 300 Olesno, ul. Pieloka 14, tel.: 034/350-53-70 / 72
czynny: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A. Proszewski s.c.
46 - 300 Olesno, ul. Pieloka 14, tel.: 034/350-42-61 (rejestracja)
czynny: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Poradnia Dziecięca s.c. G. Czopek, I. Rossa
46 - 300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel.: 034/358-24-02
czynny: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ESKULAP” Dobrodzień
46 - 380 Dobrodzień, ul. Moniuszki 2, tel.: 034/357-52-75, 0600 220 840
czynny: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c. R. Stefan, J. Domańska – Dziurkowska
46 - 310 Gorzów Śląski, ul. Krasickiego 8, tel.: 034/359-44-90
czynny: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Vita” M. Niesłony, F. Niesłony
46-310 Kozłowice, ul. Oleska 5, tel. 034/359-30-15

przychodnia czynna: poniedziałek - piątek 8⁰⁰ - 17⁰⁰
godziny przyjęć lekarza: poniedziałek 12⁰⁰ - 17⁰⁰
wtorek, czwartek 8⁰⁰ - 15⁰⁰
środa 10⁰⁰ - 17⁰⁰
piątek 9⁰⁰ - 17⁰⁰

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Rudniki”

46 - 325 Rudniki, ul. Wieluńska 4, tel.: 034/359-50-47

przychodnia czynna: poniedziałek – piątek 7³⁰-18⁰⁰

godziny przyjęć lekarza poz: poniedziałek, środa, piątek 8⁰⁰ - 13⁰⁰
wtorek, czwartek 12⁰⁰ - 17⁰⁰

Indywidualna Praktyka Lekarska N. Urbańska

46 - 325 Rudniki ul. Wieluńska 4, tel.: 034/359-53-26

przychodnia czynna: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ – 18⁰⁰

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek, środa 13⁰⁰ - 18⁰⁰
wtorek, czwartek, piątek 8⁰⁰ - 13⁰⁰

Prywatne Wizyty Lekarskie R. Bukalski

46 - 325 Rudniki, Żytniów 181, tel.: 034/359-37-21, 0691 668 454

przychodnia czynna: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek, środa, piątek 13⁰⁰ - 17⁰⁰
wtorek, czwartek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” Zębowice

46 - 048 Zębowice, ul. Oleska 23, tel.: 077/421-60-18

przychodnia czynna: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek, wtorek, środa, piątek 8⁰⁰ – 16⁰⁰
czwartek 8⁰⁰ - 15⁰⁰

Indywidualna Praktyka Lekarska Poradnia POZ

46 - 317 Zdziechowice 16, tel.: 034/359-33-13

czynna: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum”

46 - 320 Praszka, ul. Szosa Gańska 3a, tel.: 034/359-11-86

czynny: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Eskulap” Sp. z o.o.

46 - 320 Praszka, ul. Powstańców Śląskich 8, tel.: 034/359-10-02

czynny: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Zakład Usług Medycznych „Medyk” Sp. z o.o.

46 - 320 Praszka, ul. Fabryczna 14a, tel.: 034/359-01-13

przychodnia czynna: poniedziałek - piątek 7³⁰ - 19⁰⁰

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Indywidualna Praktyka Lekarska J. Cytrycka

46 - 331 Radłów, ul. Oleska 3, tel.: 034/359-90-50, 0608 017 307

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek, czwartek, piątek 8⁰⁰ - 14⁰⁰

wtorek 12⁰⁰ - 18⁰⁰

środa 12⁰⁰ - 17⁰⁰

ZOZ Olesno, Podstawowa Opieka Zdrowotna

46 - 300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel.: 034/350-96-42

godziny przyjęć lekarza: poniedziałek, środa, czwartek 13⁰⁰ - 18⁰⁰

wtorek, piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

NZOZ „Gamed s.c.

46 - 380 Dobrodzień, ul. Oleska 5, tel.: 034/353-65-90

czynne: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰

Ważne:

Ambulatoryjną opiekę zdrowotną po godzinach pracy poz, w dni wolne od pracy oraz święta zapewnia szpital.

ŚWIADCZENIA PIELEŃNIARSKIE I POŁOŻNICZE

Grupowa Praktyka Pielęgniarska „Higiena szkolna” s.c.

46 - 300 Olesno, Wielkie Przedmieście 41, tel.: 034/359-81-08

Indywidualna Praktyka Pielęgniarska

Pielęgniarka Środowiskowo - Rodzinna Anna Kamińska

46 - 325 Rudniki, ul. Wieluńska 29, tel.: 0607 364 668,

Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Dorota Włodarska

46 - 320 Praszka, ul. M. C. Skłodowskiej 5/31, tel.: 0692 476 025

Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Danuta Zadworna

46 - 320 Praszka, ul. M. C. Skłodowskiej 3/16, tel.: 034/359-16-81, 0692 476 028

Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Grażyna Stekman

46 - 312 Bodzanowice, ul. Powstańców Śląskich 15/2, tel.: 034/359-66-69, 0600 216 091

Indywidualna Praktyka Położnicza Jadwiga Nawrot

46 - 310 Gorzów Śląski, ul. Kluczborska 10, tel.: 034/359-41-38, 0600 369 815

Położna Środowiskowa Rodzina Grażyna Wójcik
46 - 300 Olesno, ul. Słowackiego 4/13, tel.: 034/358-36-12, 0605 764 205

PORADNIE SPECJALISTYCZNE

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum”
46 - 320 Praszka, ul. Szosa Gańska 3a, tel.: 034/359-11-86

poradnia alergologiczna - czynna: wtorek 15⁰⁰ - 20⁰⁰

poradnia ginekologiczna - czynna: środa 14³⁰ - 18⁰⁰

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Eskulap” sp. z o.o.
46 - 320 Praszka, ul. Powstańców Śląskich 8, tel.: 034/359-10-02

poradnia alergologiczna - czynna: wtorek 14³⁰ - 17⁰⁰
środa 8³⁰ - 12⁰⁰

poradnia dermatologiczna - czynna: środa 8⁰⁰ - 15⁰⁰

poradnia ginekologiczna - czynna: poniedziałek, wtorek,
czwartek, piątek 8⁰⁰ - 14⁰⁰
środa 13⁰⁰ - 18⁰⁰

poradnia otolaryngologiczna - czynna: poniedziałek,
czwartek 8⁰⁰ - 15⁰⁰

poradnia neurologiczna - czynna: poniedziałek 8⁰⁰ - 13⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 15⁰⁰

poradnia okulistyczna - czynna: środa 8⁰⁰ - 13⁰⁰

poradnia urazowo - ortopedyczna - czynna:
poniedziałek 15³⁰ - 18⁰⁰
środa 16⁰⁰ - 20⁰⁰

poradnia zdrowia psychicznego - czynna:
poniedziałek 14⁰⁰ - 18⁰⁰

poradnia diabetologiczna - czynna: czwartek 8⁰⁰ - 17⁰⁰

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A. Proszewski s.c.
46 - 300 Olesno, ul. Pieloka 14, tel. 034/350-42-61 (rejestracja ogólna)

poradnia dermatologiczna - tel.: 034/350-42-60
czynna: poniedziałek 12⁰⁰ - 18⁰⁰
wtorek, środa, czwartek 8⁰⁰ - 14⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 13⁰⁰

poradnia ginekologiczna - tel.: 034/350-42-52
czynna:
poniedziałek, środa 8⁰⁰ - 17⁰⁰
wtorek, czwartek 11⁰⁰ - 18⁰⁰

poradnia laryngologiczna - tel. 034/350-42-61 (rejestracja ogólna)
czynna: wtorek 8⁰⁰ - 13⁰⁰
środa 12³⁰ - 16³⁰
piątek 11⁰⁰ - 16⁰⁰

poradnia neurologiczna - tel.: 034/350-42-57
czynna: poniedziałek 12⁰⁰ - 18⁰⁰
wtorek, środa, czwartek 9⁰⁰ - 14⁰⁰
piątek 8⁰⁰ - 13⁰⁰

poradnia okulistyczna - tel.: 034/350-42-56
czynna:
poniedziałek, 8⁰⁰ - 13⁰⁰
wtorek, czwartek 8⁰⁰ - 14⁰⁰
środa 13⁰⁰ - 18⁰⁰

poradnia alergologiczna - tel.: 034/350-42-61 (rejestracja ogólna)
czynna: wtorek, środa 14³⁰ - 18⁰⁰

poradnia kardiologiczna - tel.: 034/350-42-61 (rejestracja ogólna)
czynna: wtorek, 15³⁰ - 18⁰⁰
czwartek, piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰

poradnia zdrowia psychicznego - tel.: 034/350-42-61 (rejestracja ogólna)
czynna: wtorek, 15⁰⁰ - 17⁰⁰
czwartek 14³⁰ - 18⁰⁰

poradnia endokrynologiczna - tel. 034/350-42-61
czynna: poniedziałek, piątek 16⁰⁰ - 12^{00c}
czwartek, 10⁰⁰ - 18⁰⁰

poradnia USG, Doppler – czynna: poniedziałek, piątek 8⁰⁰ - 12⁰⁰
czwartek, 16⁰⁰ - 20⁰⁰

Zakład Usług Medycznych „Medyk” sp. z o.o.

46 - 320 Praszka, ul. Fabryczna 14a, tel. 034/359-01-13

poradnia ginekologiczna – czynna: wtorek 14⁰⁰ - 18⁰⁰
środa 16⁰⁰ - 18⁰⁰
czwartek, 9⁰⁰ - 14⁰⁰

poradnia laryngologiczna - czynna: poniedziałek, środa 8⁰⁰ - 16⁰⁰
wtorek 8⁰⁰ - 14⁰⁰
czwartek, piątek 13⁰⁰ - 18⁰⁰

➤ Zakład Opieki Zdrowotnej w Oleśnie

46 - 300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel.: 034/350-96-65 (rejestracja centralna)

czynna: poniedziałek – piątek 7⁰⁰ - 18⁰⁰

poradnia kardiologiczna – tel.: 034/350-96-59

czynna: poniedziałek, wtorek 9⁰⁰ - 17⁰⁰
środa, czwartek 9⁰⁰ - 13⁰⁰

poradnia diabetologiczna – tel.: 034/350-96-42

czynna: środa, piątek 11⁰⁰ – 15⁰⁰

poradnia gruźlicy i chorób płuc - tel.: 034/350-96-89

czynna: poniedziałek 12⁰⁰ – 12²⁰ - dzieci
12²⁰ – 15⁰⁰ - dorośli
wtorek 13⁰⁰ – 13²⁰ - dzieci
13²⁰ – 15³⁰ - dorośli
środa 12⁰⁰ – 12²⁰ - dzieci
12²⁰ – 18⁰⁰ - dorośli
czwartek 12⁰⁰ – 15⁰⁰ - dzieci

poradnia chirurgii urazowo- ortopedycznej – tel.: 034/350-96-14

czynna: poniedziałek, środa, piątek 8³⁰ - 14⁰⁰
wtorek 10⁰⁰ - 17⁰⁰
czwartek 10⁰⁰ - 14⁰⁰

poradnia wad postawy – tel.: 034/350-96-14

czynna: środa 14⁰⁰ - 16⁰⁰

poradnia preluksacyjna – tel.: 034/350-96-14

czynna: wtorek, czwartek 8³⁰ – 10⁰⁰

poradnia rehabilitacyjna – tel.: 034/350-97-35

czynna: poniedziałek – piątek 7⁰⁰ - 16⁰⁰

poradnia chirurgii ogólnej – tel.: 034/350-96-85

czynna: poniedziałek 9⁰⁰ - 17⁰⁰
wtorek, środa, czwartek, piątek 9⁰⁰ - 15⁰⁰

poradnia reumatologiczna – tel.: 034/350-96-88

czynna: poniedziałek, wtorek, czwartek 8⁰⁰ - 13⁰⁰
środa, 12⁰⁰ - 17⁰⁰
piątek 8⁰⁰ – 12⁰⁰

poradnia ginekologiczno – położnicza

informacje o pracy poradni pod nr tel.: 034/350-96-87

czynna: poniedziałek, 8³⁰ - 18⁰⁰
środa, 8³⁰ – 14³⁰
piątek 10⁰⁰ – 12⁰⁰

poradnia urologiczna – tel.: 034/350-96-52

czynna: wtorek, czwartek, piątek (co drugi) 9⁰⁰ - 15⁰⁰

poradnia audiologiczna – tel.: 034/350-96-84

czynna: wtorek 13³⁰ - 15⁰⁰
środa 9⁰⁰ - 10³⁰
piątek 8⁰⁰ - 9⁰⁰

poradnia laryngologiczna – tel.: 034/350-96-84

czynna: wtorek 15⁰⁰ - 16⁰⁰
środa 10³⁰ - 12⁰⁰
piątek 9⁰⁰ - 10³⁰

poradnia nefrologiczna – tel.: 034/350-96-84

czynna: poniedziałek, wtorek 10⁰⁰ - 14⁰⁰

poradnia zdrowia psychicznego - tel. 034-358-24-60

czynna: poniedziałek 13³⁰ - 19⁰⁰
wtorek 15⁰⁰ - 19⁰⁰

poradnia okulistyczna – tel.: 034/350-96-90

czynna: poniedziałek, piątek 8⁰⁰ - 13⁰⁰
środa 8⁰⁰ - 11⁰⁰

poradnia gastroenterologiczna – tel.: 034/350-96-65

czynna: środa 14⁰⁰ - 18⁰⁰

➤ **Gabinet Lekarski Położniczo – Ginekologiczny Emile Massouh**

46 - 300 Olesno, ul. Krasickiego 5, tel.: 034/3582857, 0602683355
czynny: poniedziałek, piątek 10⁰⁰ - 18⁰⁰
wtorek 16⁰⁰ - 18⁰⁰

46 - 380 Dobrodzień, ul. Moniuszki 2, tel. 034/3575275, 0602683355
czynny: wtorek 10⁰⁰-15³⁰

➤ **Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska**

Jolanta Brylka - specjalista chorób oczu
46 - 380 Dobrodzień, ul. Moniuszki 2, tel.: 034/353-62-02, 0603 122 900
czynne: wtorek 14⁰⁰ - 19⁰⁰
środa 11³⁰ - 14⁰⁰
czwartek 8⁰⁰ - 13⁰⁰
46-300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel.: 034/3509690, 0 603122900
czynne: poniedziałek, piątek 8⁰⁰ - 14⁰⁰
środa 8⁰⁰ - 11⁰⁰

➤ **Gabinet Lekarski Laryngologiczny Maria Bogatko – Zawada**

46-300 Olesno, ul. Obrońców Westerplatte 1, tel. 034/358-27-06
czynny: poniedziałek, środa, piątek 8⁰⁰ - 14⁰⁰
wtorek, czwartek 14⁰⁰ - 18⁰⁰

➤ **NZOZ „Medimar” Poradnia Laryngologiczna Maria Nawara – Grzanka**

46 – 300 Olesno, ul. Słowackiego 1, tel.: 034/358-22-22
czynna: poniedziałek, czwartek 11⁰⁰ - 15⁰⁰
wtorek 12⁰⁰ - 17⁰⁰
środa, piątek 9⁰⁰ - 14⁰⁰

➤ **Poradnia neurologiczna Maria Cisiecka**

46 – 300 Olesno, ul. Słowackiego 1, tel.: 034/358-22-22
czynna: poniedziałek, czwartek 8⁰⁰ - 11⁰⁰

STOMATOLOGIA

➤ **Gabinet Stomatologiczny Monika Ekert**

46 - 300 Olesno, ul. Pieloka 14, tel.: 034/359-81-01
czynny: wtorek 13⁰⁰ - 19⁰⁰
środa, czwartek, piątek 7⁰⁰ - 12³⁰

➤ **Gabinet Stomatologiczny Danuta Marcjasz**

46 - 300 Olesno, ul. Krasickiego 42, tel.: 034/ 358-27-80, 0605 602 951
czynny: poniedziałek, czwartek 13⁰⁰ - 18⁰⁰
wtorek, środa, piątek 8⁰⁰ - 13⁰⁰

➤ **Prywatny Gabinet Stomatologiczny J. Proszewski**

46 - 300 Olesno, ul. Pieloka 14, tel.: 034/359-80-70
czynny: poniedziałek, wtorek, czwartek 8⁰⁰ - 12⁰⁰, 14⁰⁰ - 19⁰⁰
środa 8⁰⁰ - 12⁰⁰
piątek 14⁰⁰ - 18⁰⁰

➤ **Gabinet Stomatologiczny Marianna Sosnowska - Wieczorek**

46 - 300 Olesno, ul. Krasickiego 23a, tel.: 034/358-25-71
czynny: poniedziałek, wtorek, piątek 8⁰⁰ - 12³⁰
środa, czwartek 13⁰⁰ - 17³⁰

➤ **Prywatny Gabinet Stomatologiczny Bożena Urbanek**

46 - 312 Bodzanowice, ul. Młyńska 3, tel.: 0605 535 558
czynny: poniedziałek, wtorek, piątek 8⁰⁰ - 13⁰⁰
środa, czwartek 14⁰⁰ - 19⁰⁰

➤ **Prywatny Specjalistyczny Gabinet Stomatologiczny Katarzyna Kwiecień - Drab**

46 - 300 Olesno, ul. Łysika 1, tel.: 034/358-47-20, 0604 409 957
czynny: poniedziałek, środa, piątek 8³⁰ - 13³⁰
wtorek, czwartek 14³⁰ - 19³⁰

➤ **Prywatna Praktyka Stomatologiczna**

Krystyna Tarnawska - Zakrzewska, Maciej Zakrzewski
46 - 380 Dobrodzień, ul. Moniuszki 2, tel.: 034/357-52-76
czynne: poniedziałek, środa 13⁰⁰ - 18⁰⁰
wtorek, czwartek 7³⁰ - 12³⁰, 13³⁰ - 18³⁰
piątek 7³⁰ - 12³⁰

➤ **Prywatny Gabinet Stomatologiczny Krystyna Michalik**

46 - 310 Gorzów Śląski, ul. Krasickiego 1, tel.: 034/359-42-94
czynny: poniedziałek, wtorek 13⁰⁰ - 17⁰⁰
środa, czwartek, piątek 8⁰⁰ - 13⁰⁰

➤ **Gabinet Stomatologiczny Jacek Hofman**

46 – 300 Olesno, ul. Karola Miarki 2a, tel.: 0602 738 716
czynny: wtorek, czwartek 9⁰⁰ - 17⁰⁰
środa 11⁰⁰ - 18⁰⁰

➤ **Gabinet Stomatologiczny Irena Tyłska - Latusek**

46 - 320 Praszka, ul. Warszawska 49, tel.: 034/359-11-31
czynne: poniedziałek, środa, piątek 9⁰⁰ - 14⁰⁰
wtorek, czwartek 13⁰⁰ - 18⁰⁰

➤ **Prywatny Gabinet Stomatologiczny Martyn Pielok**

46 - 048 Zębówice, ul. Oleska 23, tel.: 077/421-60-18
czynny: poniedziałek 12⁰⁰ - 17⁰⁰,
środa 14⁰⁰ - 19⁰⁰,
wtorek, czwartek, piątek 7³⁰ - 12³⁰

➤ **NZOZ Przychodnia Stomatologiczna Katarzyna Cukier - Berg**

46 - 325 Rudniki, ul. Wieluńska 4, tel.: 034/359-53-26
czynna: poniedziałek, czwartek 14⁰⁰ - 19⁰⁰
wtorek, środa, piątek 8⁰⁰ - 13⁰⁰

PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE

Pracownia RTG w ZOZ Olesno - tel.: 034/350-96-79

czynna: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 18⁰⁰
wykonywanie zdjęć RTG 8⁰⁰ - 18⁰⁰
RTG zębów 10⁰⁰ - 18⁰⁰
wydawanie zdjęć RTG 10⁰⁰ - 15⁰⁰

Pracownia mammografii w ZOZ Olesno – tel.: 034/350-96-79 (rejestracja)

czynna: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 13⁰⁰

Pracownia tomografii komputerowej w ZOZ Olesno – tel. 034/350-96-82

czynne: poniedziałek, wtorek, środa, sobota – rejestracja wg godzin

Pracownia USG w ZOZ Olesno – tel.: 034/350-96-79

Czynna: poniedziałek – piątek 10⁰⁰ - 12⁰⁰
rejestracja badań w pracowni RTG 8⁰⁰ - 15⁰⁰
USG ginekologiczne - tel.: 034/350-96-79
czynne: poniedziałek – piątek 8⁰⁰ - 10⁰⁰
USG jamy brzusznej rejestracja pod numerem tel.: 034/350-96-79

Pracownia USG Doppler w ZOZ Olesno

czynna: środa 8³⁰ - 13⁰⁰

Pracownia przepływów naczyniowych (UDP) w ZOZ Olesno - tel.: 034/350-96-65

czynne: piątek 11⁰⁰ - 16⁰⁰

Pracownia endoskopowa w ZOZ Olesno – tel.: 034/350-96-83

Gastroskopia- czynna: poniedziałek, środa, piątek 7³⁰ - 13⁰⁰
Kolonoskopia – czynne: wtorek – czwartek 7³⁰ - 13⁰⁰
środa – piątek (zamiennie) 11⁰⁰ - 16⁰⁰

Pracownia EKG w ZOZ Olesno – tel. 034/350-96-29 (rejestracja w pracowni)

czynna: poniedziałek – piątek 7⁰⁰ – 14⁰⁰

LABORATORIA

Laboratorium analityczne Zespołu Opieki Zdrowotnej w Olesnie

46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 1 – tel. 034/-350-97-37

Laboratorium wykonuje badania:

- biochemii
- serologii
- hematologii
- immunochemii
- bakteriologii
- analityki ogólnej

Pobieranie materiału do badań poniedziałek - piątek 7³⁰ – 9³⁰

Wyniki do odbioru w zależności od rodzaju badania.

Badania hormonalne, wirusologiczne, oznaczenia PSA, ferrytyny, witaminy B12, BNP wykonywane są we wtorki i w czwartki.

Materiał do badań bakteriologicznych pobierany jest od poniedziałku do czwartku.

NZOZ „LOMA” Laboratorium Medyczne Sp. z o.o.

46 - 300 Olesno, ul. Małe Przedmieście 14, tel. 034/358-47-83

czynne: poniedziałek – piątek 7⁰⁰ - 17⁰⁰
sobota 8⁰⁰ - 12⁰⁰

przyjmowanie materiału do badań:

poniedziałek – piątek 7⁰⁰ - 11⁰⁰
sobota 8⁰⁰ - 10⁰⁰

Laboratorium Analityczne Irena Krześniak

46 - 320 Praszka, ul. Kopernika 12, tel. 034/358-81-01

czynne: poniedziałek – piątek 7⁰⁰ - 14⁰⁰

przyjmowanie materiału do badań:
poniedziałek – piątek 7⁰⁰ - 10⁰⁰

REHABILITACJA

Zakład Rehabilitacji w Zespole Opieki Zdrowotnej w Oleśnie

46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel.: 034/350-97-35
godziny przyjęć: poniedziałek – piątek 7⁰⁰ - 16⁰⁰

Gabinet Fizjoterapii „AXIS” Lesław Kaliciak

46 – 300 Olesno, ul. Kossaka 5, tel.: 034/350-21-88, 0609 402 001
czynny: poniedziałek – czwartek 8⁰⁰ - 18⁰⁰
piątek 8⁰⁰ – 15³⁰

Gabinet fizjoterapii - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Rudniki”

46 - 325 Rudniki, ul. Wieluńska 4, tel.: 034/359-50-47
czynny: poniedziałek – piątek 9⁰⁰ - 17⁰⁰

ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

Pieluchomajtki i pieluchy anatomiczne

- Apteka Prywatna, Bernadeta Kunicka, 46 – 300 Olesno, ul. Pieloka 3
tel.: 034/358-42-45
- Apteka „Malwa”, Bernadeta Kunicka, 46 – 300 Olesno, ul. Małe Przedmieście 5b
tel.: 034/358-26-90
- Apteka „Na Zdrowie”, Marek Tomków, 46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 1
tel.: 034/350-96-50
- Apteka „Lekfarm”, Justyna Lembke – Rarok, 46 – 320 Praszka, ul. Kościuszki 15
tel.: 034/358-81-97
- Apteka „Słoneczna”, Maria Adamska, Mariola Księżarek, 46 – 320 Praszka,
ul. Senatorska 31, tel.: 034/358-82-18
- Apteka Prywatna, Mariola Księżarek, 46 – 320 Praszka, Plac Grunwaldzki 1
tel.: 034/359-15-26
- Apteka „Grunwaldzka”, Agnieszka Gracz, 46 – 320 Praszka, Plac Grunwaldzki 21
tel.: 034/358-86-99
- Apteka Prywatna, Maria Skiba, 46 – 380 Dobrodzień, Plac Wolności 16
tel.: 034/357-52-22
- Apteka „Medica”, Anna Płoska – Pradela, Marcin Byłak, 46 – 380 Dobrodzień,
ul. Opolska 5, tel.: 034/351-09-89
- Apteka Rodzinna, Ryszard Konik, 46 – 380 Dobrodzień, Plac Wolności 2
tel.: 034/357-57-45
- Apteka Prywatna, Bożena Wyzga, 46 – 310 Gorzów Śląski, Rynek 3
tel.: 034/359-41-50

- Apteka, Grażyna Korzeniowska, 46 – 310 Gorzów Śląski, Rynek 8
tel.: 034/359-44-67
- Apteka „Pod Świerkami”, Bogdan Surowiak, 46 – 325 Rudniki,
ul. Częstochowska 2, tel.: 034/ 359-50-79
- Apteka, Beata Borecka, Wiesław Borecki, 46 – 325 Rudniki, ul. Częstochowska 30
tel.: 034/359-54-18
- Punkt Apteczny, Bogdan Surowiak, 46 – 325 Rudniki, Żytniów 181
tel.: 034/359-36-21
- Sklep Rehabilitacyjno - Ortopedyczny, 46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 3
tel.: 034/359-80-16

Sprzęt stomijny

- Sklep Rehabilitacyjno - Ortopedyczny, 46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 3
tel.: 034/3598016
- Apteka „Na Zdrowie”, Marek Tomków, 46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 1
tel.: 034/350-96-50
- Punkt dystrybucyjno – konsultacyjny, 46 – 300 Olesno, ul. Sądowa 1/7
tel.: 0605 372 219
- Sklep specjalistycznego zaopatrzenia (obsługa wysyłkowa), Warszawa bezpłatna
infolinia 800120093

Przedmioty ortopedyczne

- Sklep Rehabilitacyjno – ortopedyczny, 46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 3
tel.: -34/359-80-16

Pozostałe (protezy piersi, peruki, nebulizatory, krtań elektroniczna, inhalatory, proteza powietrzna, rurka tracheostomijna, sprzężarka powietrza itp.):

- Sklep rehabilitacyjno – ortopedyczny, 46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 3
tel.: 034/359-80-16
- Apteka „Na Zdrowie”, Marek Tomków, 46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 1
tel.: 034/350-96-50

Protetyka słuchu

- „Acoustic”, 46 – 300 Olesno, ul. Obrońców Westerplatte 1, tel.: 034/358-27-06

Zasady ubiegania się o refundację/dofinansowanie zakupu środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego Osób Niepełnosprawnych (z udziałem NFZ)

- ✓ pisemny wniosek o przyznanie dofinansowania,
- ✓ wniosek kopię ważnego orzeczenia znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności wydanym przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego tj. **orzeczenia** lekarza orzecznika ZUS, orzecznika

KIZ bądź lekarza orzecznika KRUS wydanego do 31.12.1997 r. – oryginał do wglądu.

W przypadku dzieci do 16 roku życia kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

- ✓ Fakturę proforma (kosztorys), która będzie zawierała informację o cenie danego podmiotu/ środka oraz o kwocie refundowanej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
- ✓ Kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Aby uzyskać refundację kosztów poniesionych na zakup środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych należy złożyć:

- ✓ Pisemny wniosek o przyznanie refundacji,
- ✓ kopię ważnego orzeczenia znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności wydanym przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego tj. orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, orzecznika KIZ bądź lekarza orzecznika KRUS wydanego do 31.12.1997 r. – oryginał do wglądu.
- ✓ fakturę określającą kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup,
- ✓ dowód wpłaty udziału własnego,
- ✓ potwierdzoną za zgodność z oryginałem, przez świadczeniobiorcę realizującego zlecenie, kopie zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Podstawowymi warunkami uzyskania dofinansowania jest:

- ✓ posiadanie odpowiedniego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność, spełnianie kryterium dochodowego.

Kryterium dochodowe:

O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonym na kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza:

- ✓ 50% przeciętnego wynagrodzenia, na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
- ✓ 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej. Wysokość dofinansowania:
- ✓ Do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany,
- ✓ Do 150% sumy kwoty limitu, wyznaczonego przez NFZ oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych przedmiotów i środków, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit.

Rada Powiatowa może ustalić inne kryterium rozpatrywania wniosków w przypadku znacznego niedoboru środków PFRON.

Zasady ubiegania się o dofinansowanie do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego nie refundowanego przez NFZ.

- pisemny wniosek o przyznanie dofinansowania,
- kopię ważnego orzeczenia znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności wydanym przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego tj. orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, orzecznika KIZ bądź lekarza orzecznika KRUS wydanego do 31.12.1997 r. – oryginał do wglądu.

W przypadku dzieci do 16 roku życia kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – oryginał do wglądu:

- zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia uwzględniając konieczność korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego,
- oferta cenowa sprzętu od sprzedawcy.

Wysokość dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 60% kosztów tego sprzętu.

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i przed zawarciem stosownej umowy ze Starostą.

Wnioski rozpatrywane są w terminie 30 dni od daty złożenia. W przypadku braku środków PFRON wnioski rozpatrywane są negatywnie i nie podlegają kolejnemu rozpatrzeniu.

Miejsce złożenia dokumentów:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. M. Konopnickiej 8

46-300 Olesno

Druki wniosków do pobrania są na stronie www.bip.powiatoleski.pl w zakładce – Załatwianie spraw – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

Sprawy dofinansowania/refundacji ze Środków PFRON prowadzi pani Ewelina Lubojańska pokuj nr 5.

WAŻNE ADRESY

Starostwo Powiatowe w Oleśnie

Wydział Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa i Zdrowia
46 - 300 Olesno, ul. Dworcowa 4, tel.: 034/359-79-18 w. 267

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

46 - 300 Olesno, ul. M. Konopnickiej 8, tel.: 034/350-51-25 do 27

Ośrodek Interwencji Kryzysowej

46 - 300 Olesno, ul. Powstańców Śląskich 4, tel.: 034/350-51-40
od 7⁰⁰ do 15⁰⁰ 034/350-51-25 - PCPR Olesno
kom. całodobowa 0501 581 147

Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności

46 - 300 Olesno, ul. M. Konopnickiej 8, tel.: 034/359-83-88

Publiczna Poradnia Psychologiczno - Pedagogiczna

46 - 300 Olesno, ul. Dębowa 3, tel.: 034/358-28-74

Państwowa Powiatowa Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna

46 - 300 Olesno, ul. Wielkie Przedmieście 7, tel.: 034/358-26-73
telefon alarmowy 0693 628 983

Komenda Powiatowa Państwowej Straży Pożarnej w Oleśnie

46 – 300 Olesno, Rynek Solny 1, tel.: 034/350-91-00, 034/350-91-10

Komenda Powiatowa Policji w Oleśnie

46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 1a, tel.: 034/350-44-03

Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie

46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 1, tel.: 034/350-97-00 (sekretariat)

Dom Dziecka w Sowczycach

46 – 300 Olesno, Sowczyce, ul. Długa 47, tel.: 034/359-63-30

Środowiskowy Dom Samopomocy w Sowczycach

46 – 300 Olesno, Sowczyce, ul. Długa 37, tel.: 034/359-63-30

Dom Pomocy Społecznej w Radawiu

46 – 047 Radawie, ul. Żwirowa 1, tel.: 077/421-60-28

Dom Pomocy Społecznej Sióstr Służebniczek NMP

46 – 345 Borki Wielkie, ul. Młyńska 1, tel.: 034/359-60-12

Samodzielny Publiczny Zakład Opiekuńczo – Leczniczy im. Królowej Karoli w Dobrodzieniu

46 – 380 Dobrodzień, ul. Oleska 5, tel.: 034/357-55-43, 034/357-54-51

Polski Związek Niewidomych

46 – 300 Olesno, ul. Krasickiego 22 (Dom Harcerza), Tel.: 034/358-24-41

Polski Związek Rencistów, Emerytów i Inwalidów

46 – 300 Olesno, ul. Krasickiego 22 (Dom Harcerza), Tel.: 034/358-24-41

Polski Czerwony Krzyż

46 – 300 Olesno, ul. Powstańców Śl. 4 (internat ZSEiO), Tel.: 0696 145 198

Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

45 – 315 Opole, ul. Głogowska 37, tel.: 077/887-20-00

Rzecznik Praw Pacjenta OOW NFZ

45 – 315 Opole, ul. Głogowska 37, tel. 077/402-01-82

Rozkład godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie powiatu oleskiego w 2011 roku

Adres apteki	Nazwa apteki, właściciel	Czynne		Dyżur	
		pon. - piątek	sobota	niedziela i święta	w pozostałe dni
46 - 300 Olesno ul. M. Przedmieście 5 B tel.: 034/ 358 26 90	Apteka „Malwa” Bernadeta Kunicka	9 ⁰⁰ - 21 ⁰⁰	12 ⁰⁰ - 22 ⁰⁰	9 ⁰⁰ – 14 ⁰⁰ 15 ⁰⁰ - 21 ⁰⁰	Dyżur według harmonogramu w godzinach: od poniedziałku do piątku: 20⁰⁰ – 8⁰⁰ w soboty: 14⁰⁰ – 8⁰⁰
46 - 300 Olesno ul. Wolności 1 tel.: 034/ 358 20 92	Apteka „Ogólnodostępna”	8 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰	9 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰	Dyżur całodobowy według harmonogram u	
46 - 300 Olesno ul. Pieloka 8 tel.: 034/ 358 26 61	Apteka Prywatna Maciej Kokot	8 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰	Przerwa w godzinach: 14⁰⁰ – 16⁰⁰	
46 - 300 Olesno ul. Pieloka 15 tel.: 034/ 358 20 96	Apteka Prywatna Jerzy Duda	8 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰	W wigilię przerwa w godzinach: 17⁰⁰ – 20⁰⁰	
46 – 300 Olesno ul. M. Przedmieście 28 tel.: 034/ 59 81 76	Apteka „Zioło – Lek” Maciej Zaklika	8 ⁰⁰ - 19 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰		
46 - 300 Olesno ul. Klonowa 1 tel.: 034/ 350 96 50	Apteka „Na Zdrowie” Marek Tomków	8 ⁰⁰ - 19 ⁰⁰	9 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰		

46 - 300 Olesno ul. Słowackiego 18 tel.: 034/ 358 31 74	Apteka „Osiedlowa” Maciej Kokot	8 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰	9 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰	-	-
46 - 300 Olesno ul. Pieloka 3 tel.: 034/ 358 42 45	Apteka Prywatna Bernadeta Kunicka	8 ³⁰ - 18 ⁰⁰	8 ³⁰ - 14 ⁰⁰	-	-
46 - 300 Olesno ul. Pieloka 13 tel.: 034/ 358 33 25	Apteka „Na dobre i na złe” Maciej Zaklika	8 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰	9 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰	-	-
46 - 320 Praszka Pl. Grunwaldzki 1 tel.: 034/ 359 15 26	Apteka Prywatna Mariola Książczak	8 ⁰⁰ - 20 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰	10 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰ 17 ⁰⁰ - 22 ⁰⁰	Dyżur według harmonogramu w godzinach: od poniedziałku do piątku: 20 ⁰⁰ – 22 ⁰⁰ w soboty: 14 ⁰⁰ – 22 ⁰⁰
46 - 320 Praszka ul. Senatorska 31 tel.: 034/ 358 82 18	Apteka „Słoneczna” Maria Adamska, Mariola Książczak	8 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰	10 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰ 17 ⁰⁰ - 22 ⁰⁰ W wigilię dyżur w godz. 14 ⁰⁰ - 22 ⁰⁰ przerwa 17 ⁰⁰ - 22 ⁰⁰	Dyżur według harmonogramu w godzinach: od poniedziałku do piątku: 18 ⁰⁰ – 22 ⁰⁰ w soboty: 14 ⁰⁰ – 22 ⁰⁰
46 - 320 Praszka ul. Kościuszki 15 tel.: 034/ 358 81 97	Apteka „Lekfarm” Justyna Lembke - Rarok	8 ³⁰ - 20 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰	10 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰ 17 ⁰⁰ - 22 ⁰⁰	Dyżur według harmonogramu w godzinach: od poniedziałku do piątku: 20 ⁰⁰ – 22 ⁰⁰ w soboty: 14 ⁰⁰ – 22 ⁰⁰
46 - 320 Praszka Pl. Grunwaldzki 21 tel.: 034/ 358 86 99	Apteka „Grunwaldzka” Agnieszka Graczyk	8 ⁰⁰ - 19 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰	10 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰ 17 ⁰⁰ - 22 ⁰⁰	Dyżur według harmonogramu w godzinach: od poniedziałku do piątku: 19 ⁰⁰ – 22 ⁰⁰ w soboty: 14 ⁰⁰ – 22 ⁰⁰
46 - 380 Dobrodzień ul. Plac Wolności 16 tel.: 034/ 357 52 22	Apteka Prywatna Maria Skiba	8 ⁰⁰ - 19 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰	-	-
46 - 380 Dobrodzień ul. Opolska 5 tel.: 034/ 351 09 89	Apteka „Medica” Anna Płoska – Pradela, Marcin Bylak	8 ⁰⁰ - 19 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰	-	-
46 - 380 Dobrodzień Plac Wolności 2 tel.: 034/ 3575745	Apteka Rodzinna Ryszard Konik	8 ⁰⁰ - 19 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰	9 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰	-

46 - 310 Gorzów Śl. ul. Rynek 3 tel.: 034/ 359 41 50	Apteka Prywatna Bożena Wyzga	8 ⁰⁰ - 17 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰	Pogotowie pracy	
46 - 310 Gorzów Śl. ul. Rynek 8 tel.: 034/ 359 44 67	Apteka Grażyna Korzeniowska	8 ⁰⁰ - 17 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰	-	-
46 - 325 Rudniki ul. Częstochowska 2 tel.: 034/ 359 50 79	Apteka „Pod Świerkami” Bogdan Surowiak	8 ⁰⁰ - 16 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰	-	-
46 - 325 Rudniki ul. Częstochowska 30 tel.: 034/ 359 54 18	Apteka Beata Borecka, Wiesław Borecki	9 ⁰⁰ - 18 ⁰⁰	8 ⁰⁰ - 14 ⁰⁰	-	-
46 - 325 Rudniki Żytniów 180 tel.: 034/ 359 36 21	Punkt Apteczny Bogdan Surowiak	pon., śr., pt. 10 ⁰⁰ -17 ³⁰ wt., czw. 9 ⁰⁰ - 16 ⁰⁰	9 ⁰⁰ - 13 ⁰⁰	-	-
46 - 048 Zębowice ul. Oleska 23a tel.: 077/ 421 63 38	Apteka Prywatna Barbara Musiorska - Piątek	9 ⁰⁰ - 16 ⁰⁰	-	-	-

Adresy aptek dyżurujących

- Apteka „Malwa” – Bernadeta Kunicka, 46 – 300 Olesno, ul. Małe Przedmieście 5 B, tel.: 034/358-26-90
- Apteka „Ogólnodostępna”, 46 – 300 Olesno, ul. Wolności 1 tel.: 034/358-20-92
- Apteka Prywatna – Maciej Kokot, 46 – 300 Olesno, ul. Pieloka 8 tel.: 034/358-26-61
- Apteka Prywatna – Jerzy Duda, 46 – 300 Olesno, ul. Pieloka 15 tel.: 034/358-20-96
- Apteka „Zioło – Lek” – Maciej Zaklika, 46 – 300 Olesno, ul. Małe Przedmieście 28, tel.: 034/359-81-76
- Apteka „Na Zdrowie” – Marek Tomków, 46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 1 tel.: 034/350-96-50
- Apteka Prywatna – Mariola Książczak, 46 – 320 Praszka, Pl. Grunwaldzki 1 tel.: 034/359-15-26
- Apteka Słoneczna – Maria Adamska, Mariola Książczak s.c., 46 – 320 Praszka, ul. Senatorska 31, tel.: 034/358-82-18
- Apteka Lekfarm – Justyna Lembke – Rarok, 46 – 320 Praszka, ul. Kościuszki 15 tel.: 034/358-81-97

- Apteka „Grunwaldzka” – Agnieszka Gracz, 46 – 320 Praszka, Pl. Grunwaldzki 2
tel.: 034/358-86-99

Pogotowie pracy

- Apteka Prywatna, Bożena Wyzga, 46 – 310 Gorzów Śl., ul. Rynek 3
tel.: 034/359-41-50

HARMONOGRAM DYŻURÓW APTEK

OLESNÓ

Styczeń

- 01.01 – 07.01.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
08.01 – 14.01.2011 r. Apteka Prywatna - M. Kokot, ul. Pieloka 8
15.01 – 21.01.2011 r. Apteka Prywatna - J. Duda, ul. Pieloka 15
22.01 – 28.01.2011 r. Apteka „Na Zdrowie” - M. Tomków, ul. Klonowa 1
29.01 – 04.02.2011 r. Apteka „Zioło – Lek” - M. Zaklika, ul. Małe Przedmieście 28

Luty

- 05.02 – 11.02.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
12.02 – 18.02.2011 r. Apteka Prywatna - M. Kokot, ul. Pieloka 8
19.02 – 25.02.2011 r. Apteka „Ogólnodostępna”, ul. Wolności 1
26.02 – 04.03.2011 r. Apteka „Zioło – Lek” - M. Zaklika, ul. Małe Przedmieście 28

Marzec

- 05.03 – 11.03.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
12.03 – 18.03.2011 r. Apteka Prywatna - M. Kokot, ul. Pieloka 8
19.03 – 25.03.2011 r. Apteka „Na Zdrowie” - M. Tomków, ul. Klonowa 1
26.03 – 01.04.2011 r. Apteka „Zioło – Lek” - M. Zaklika, ul. Małe Przedmieście 28

Kwiecień

- 02.04 – 08.04.2011 r. Apteka Prywatna - J. Duda, ul. Pieloka 15
09.04 – 15.04.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
16.04 – 22.04.2011 r. Apteka Prywatna - M. Kokot, ul. Pieloka 8
23.04 – 29.04.2011 r. Apteka „Zioło – Lek” - M. Zaklika, ul. Małe Przedmieście 28
30.04 – 06.05.2011 r. Apteka „Ogólnodostępna”, ul. Wolności 1

Maj

- 07.05 – 13.05.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
14.05 – 20.05.2011 r. Apteka Prywatna - M. Kokot, ul. Pieloka 8
21.05 – 27.05.2011 r. Apteka Prywatna - J. Duda, ul. Pieloka 15
28.05 – 03.06.2011 r. Apteka „Zioło – Lek” - M. Zaklika, ul. Małe Przedmieście 28

Czerwiec

- 04.06 – 10.06.2011 r. Apteka „Ogólnodostępna”, ul. Wolności 1
11.06 – 17.06.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
18.06 – 24.06.2011 r. Apteka Prywatna - M. Kokot, ul. Pieloka 8
25.06 – 01.07.2011 r. Apteka „Na Zdrowie” - M. Tomków, ul. Klonowa 1

Lipiec

- 02.07 – 08.07.2011 r. Apteka „Zioło – Lek” - M. Zaklika, ul. Małe Przedmieście 28
09.07 – 15.07.2011 r. Apteka Prywatna - J. Duda, ul. Pieloka 15
16.07 – 22.07.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
23.07 – 29.07.2011 r. Apteka Prywatna - M. Kokot, ul. Pieloka 8
30.07 – 05.08.2011 r. Apteka „Ogólnodostępna”, ul. Wolności 1

Sierpień

- 06.08 – 12.08.2011 r. Apteka „Na Zdrowie” - M. Tomków, ul. Klonowa 1
13.08 – 19.08.2011 r. Apteka „Zioło – Lek” - M. Zaklika, ul. Małe Przedmieście 28
20.08 – 26.08.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
27.08 – 02.09.2011 r. Apteka Prywatna - M. Kokot, ul. Pieloka 8

Wrzesień

- 03.09 – 09.09.2011 r. Apteka Prywatna - J. Duda, ul. Pieloka 15
10.09 – 16.09.2011 r. Apteka „Zioło – Lek” - M. Zaklika, ul. Małe Przedmieście 28
17.09 – 23.09.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
24.09 – 30.09.2011 r. Apteka „Ogólnodostępna”, ul. Wolności 1

Październik

- 01.10 – 07.10.2011 r. Apteka Prywatna - M. Kokot, ul. Pieloka 8
08.10 – 14.10.2011 r. Apteka „Na Zdrowie” - M. Tomków, ul. Klonowa 1
15.10 – 21.10.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
22.10 – 28.10.2011 r. Apteka Prywatna - M. Kokot, ul. Pieloka 8
29.10 – 04.11.2011 r. Apteka „Zioło – Lek” - M. Zaklika, ul. Małe Przedmieście 28

Listopad

- 05.11 – 11.11.2011 r. Apteka Prywatna - J. Duda, ul. Pieloka 15
12.11 – 18.11.2011 r. Apteka „Ogólnodostępna”, ul. Wolności 1
19.11 – 25.11.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
26.11 – 02.12.2011 r. Apteka „Na Zdrowie” - M. Tomków, ul. Klonowa 1

Grudzień

- 03.12 – 09.12.2011 r. Apteka „Ogólnodostępna”, ul. Wolności 1
10.12 – 16.12.2011 r. Apteka „Zioło – Lek” - M. Zaklika, ul. Małe Przedmieście 28
17.12 – 23.12.2011 r. Apteka „Malwa” - B. Kunicka, ul. Małe Przedmieście 5B
24.12 – 30.12.2011 r. Apteka Prywatna - M. Kokot, ul. Pieloka 8
31.12 – 05.01.2012 r. Apteka „Na Zdrowie” - M. Tomków, ul. Klonowa 1

PRASZKA

Styczeń

01.01 – 02.01.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
03.01 – 09.01.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31
10.01 – 16.01.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1
17.01 – 23.01.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
24.01 – 30.01.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15
31.01 – 06.02.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31

Luty

07.02 – 13.02.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1
14.02 – 20.02.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
21.02 – 27.02.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15
28.02 – 06.03.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31

Marzec

07.03 – 13.03.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1
14.03 – 20.03.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
21.03 – 27.03.2011 r. Apteka Lekfarm – J. Lembke - Rarok, ul. Kościuszki 15
28.03 – 03.04.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31

Kwiecień

04.04 – 10.04.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1
11.04 – 17.04.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
18.04 – 24.04.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15
25.04 – 01.05.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31

Maj

02.05 – 08.05.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1
09.05 – 15.05.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
16.05 – 22.05.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15
23.05 – 29.05.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31
30.05 – 05.06.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1

Czerwiec

06.06 – 12.06.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
13.06 – 19.06.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15
20.06 – 26.06.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31
27.06 – 03.07.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1

Lipiec

04.07 – 10.07.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
11.07 – 17.07.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15
18.07 – 24.07.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31
25.07 – 31.07.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1

Sierpień

01.08 – 07.08.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
08.08 – 14.08.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15
15.08 – 21.08.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31
22.08 – 28.08.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1
29.08 – 04.09.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21

Wrzesień

05.09 – 11.09.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15
12.09 – 18.09.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31
19.09 – 25.09.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1
26.09 – 02.10.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21

Październik

03.10 – 09.10.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15
10.10 – 16.10.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31
17.10 – 23.10.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1
24.10 – 30.10.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
31.10 – 06.11.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15

Listopad

07.11 – 13.11.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31
14.11 – 20.11.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1
21.11 – 27.11.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
28.11 – 04.12.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15

Grudzień

05.12 – 11.12.2011 r. Apteka Grunwaldzka – A. Gracz, Plac Grunwaldzki 21
12.12 – 18.12.2011 r. Apteka Prywatna - M. Księżarek, Plac Grunwaldzki 1
19.12.2011 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15
20.12 – 26.12.2011 r. Apteka Słoneczna - M. Adamska, M. Księżarek, ul. Senatorska 31
27.12 – 02.01.2012 r. Apteka Lekfarm - J. Lembke – Rarok, ul. Kościuszki 15