

Czego pacjent może się domagać od lekarza

Szpital nie ma prawa kwestionować skierowania od prywatnego lekarza.

Generalnie do lekarza specjalisty, potrzebne jest skierowanie. Ustawa o świadczeniach zdrowotnych przewiduje jednak pewne wyjątki. Bez skierowania można uzyskać świadczenia ambulatoryjne od:

- ginekologa i położnika,
- dentysty,
- wenerologa,
- onkologa,
- psychiatry.

Kiedy ze skierowaniem

Udając się do lekarza, należy pamiętać, że podstawową zasadą systemu realizacji uprawnień przez pacjentów jest korzystania ze świadczeń na podstawie skierowania. Co do zasady, żeby skorzystać ze świadczeń zdrowotnych takich jak leczenie przez lekarza specjalistę, leczenie w szpitalu lub rehabilitacja, trzeba uzyskać skierowanie wydane przez odpowiedniego lekarza.

W zależności od rodzaju świadczenia jakie chcemy uzyskać, czasem możemy potrzebować skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a czasem wystarczy nam skierowanie nawet od lekarza, który nie ma podpisanej umowy z NFZ. W zakresie świadczeń ambulatoryjnych skierowania na bezpłatną opiekę ambulatoryjną może udzielić wyłącznie lekarz będący świadczeniodawcą, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo jest zatrudniony lub wykonuje zawód u takiego świadczeniodawcy. Takie samo ograniczenie dotyczy świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. W przypadku natomiast leczenia szpitalnego, podstawą do jego udzielenia jest skierowanie wydane przez każdego lekarza, o ile posiada on prawo wykonywania zawodu. Mówiąc w skrócie do szpitala może wypisać skierowanie również lekarz, który leczy prywatnie. Nie będzie jednak ono respektowane przez przychodnię specjalistyczną. Posiadając skierowanie do lekarza specjalisty trzeba pamiętać, że jest ono ważne tak długo, jak długo trwa nasze leczenie. W przypadku gdy nie będziemy posiadali koniecznego skierowania, świadczenie zostanie nam udzielone na nasz koszt.

Nieliczne odstępstwa

Z konieczności uzyskania skierowania na leczenie ambulatoryjne zwolnione zostały także niektóre grupy pacjentów:

- chorzy na gruźlicę,
- zakażeni wirusem HIV,
- inwalidzi wojenni i wojskowi,
- osoby represjonowane,
- kombatanci,

- cywilne niewidome ofiary działań wojennych,
- uzależnieni od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
- uprawnieni żołnierze lub pracownicy, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- weterani poszkodowani, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Zwolnione z konieczności uzyskania skierowania są również:

- osoby znajdujące się w stanach nagłych,
- żywi dawcy narządu, którzy bez skierowania mają prawo do badań monitorujących ich stan zdrowia co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat,
- dzieci obciążone chorobami genetycznymi (stwierdzonymi w wyniku finansowanych ze środków publicznych badań przesiewowych) mają prawo do uzyskiwania świadczeń w zakresie leczenia tych chorób bez skierowania.

Za co nie trzeba płacić

Zakres świadczeń dostępnych dla świadczeniobiorców określony jest przez Ministra Zdrowia poprzez wykaz świadczeń gwarantowanych, ustanawiany osobno dla każdego z zakresów w jakich przysługują pacjentom świadczenia zdrowotne.

Udając się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, mamy prawo m.in. do uzyskania porady lekarskiej (w tym także do wizyty domowej, jeżeli jest to uzasadnione medycznie). Przysługuje nam również prawo do wykonania badań bilansowych dla dzieci i młodzieży do lat 19 oraz uzyskania świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nie obrazowej (np. badań krwi, moczu, kału, EKG, USG). Możemy też domagać się skierowania na do poradni specjalistycznych i na leczenie szpitalne.

Zakres świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej to przede wszystkim wykonywanie zabiegów i iniekcji zleconych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a także świadczenia diagnostyczne oraz pielęgnacyjne i rehabilitacyjne.

W ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej możemy natomiast uzyskać poradę lekarską i świadczenia pielęgniarstwa wynikające z udzielonej porady oraz z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

W zakresie świadczeń dentystycznych NFZ refunduje świadczenia ogólnostomatologiczne, zabiegi chirurgiczne oraz świadczenia ortodontyczne i protetyczne, w tym przede wszystkim badania kontrolne jamy ustnej i uzębienia (trzy razy w roku), leczenie próchnicy zębów i zmian w błonie śluzowej jamy ustnej oraz usunięcie zębów.

Dla konkretnych grup pacjentów, głównie dzieci, katalog bezpłatnych świadczeń został rozszerzony. I tak bezpłatnie można leczyć:

- wady zgryzu, co do zasady dzieciom do ukończenia lat 12,
- zabezpieczenie lakiem bruzd zębów szóstych w ramach profilaktyki dzieciom do ukończenia 7 lat),
- lakierowanie zębów stałych czy operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego (młodzieży do 18 lat).

Lekarz rodzinny od 8 do 18

Z bezpłatnej porady lekarza rodzinnego może skorzystać osoba ubezpieczona. Obejmują one przede wszystkim świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej udzielane w dni powszednie w godzinach od 8:00 do 18:00 (z wyłączeniem świąt), a także świadczenia nocnej i podstawowej opieki zdrowotnej udzielane w dni powszednie od godziny 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz całodobowo w dniu ustawowo wolne od pracy.

Udając się do lekarza, trzeba pamiętać, że do uzyskania bezpłatnych świadczeń w ramach umowy z NFZ konieczne jest posiadanie prawa do świadczeń. Co do zasady, prawo to potwierdzane jest w dniu wizyty za pomocą systemu eWUŚ. Jeżeli jednak system nie potwierdza uprawnień pacjenta do skorzystania ze świadczenia, może on potwierdzić je za pomocą dokumentów takich jak: zaświadczenie z zakładu pracy, legitymacja emeryta lub rencisty, czy aktualne zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego.

W razie, gdy pacjent nie posiada takich dokumentów, świadczenie powinno mu zostać udzielone na podstawie złożonego przez niego oświadczenia o prawie do świadczeń. Wzory oświadczenia powinny być dostępne w każdej placówce udzielającej świadczeń refundowanych.

Składając oświadczenie należy pamiętać, że jeżeli nie potwierdzi się prawo do świadczeń, pacjent będzie mógł zostać obciążony kosztami udzielonych mu świadczeń.

Jak pomóc ciężko chorej osobie

Jeżeli pacjent, po zakończeniu leczenia szpitalnego wymaga opieki pielęgnacyjnej, w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ może skorzystać z niej w zakładach stacjonarnych lub w warunkach domowych, w zależności od stanu pacjenta i konieczności jego dalszego leczenia.

Co do zasady, w przypadku, gdy potrzebna jest stała kontrola lekarska świadczenia powinny być udzielane w zakładach stacjonarnych. Natomiast w przypadku, gdy pacjent nie wymaga leczenia a jedynie dodatkowej opieki i pomocy w domu, świadczenie będą mu udzielane w warunkach domowych.

W przypadku, gdy pacjent nie wymaga leczenia stacjonarnego, ale ze względu na jego stan zdrowia wymaga on systematycznej i intensywnej opieki pielęgnarskiej, może on zostać objęty pielęgnarską opieką długoterminową.

Dla uzyskania obu świadczeń konieczne jest skierowanie. Dlatego to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego decyduje, jaka forma opieki będzie prawidłowa dla pacjenta.

Świadczenia opieki paliatywnej o hospicyjnej służyć mają przede wszystkim poprawie jakości życia chorego i jego rodziny i udzielane mogą być, w zależności od stanu zdrowia pacjenta, w oddziale medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym, czy poradni medycyny paliatywnej.

Tak jak przy świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych, tak i przy wykonywaniu świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego będzie decydował, jaka forma opieki będzie prawidłowa dla pacjenta.

Autor: Karolina Durbacz, prawnik, Kancelaria Prawna Piszcz i Wspólnicy