

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE I USŁUGI OPŁACANE PRZEZ PACJENTÓW

Mimo opłacania składki zdrowotnej do NFZ, za część usług medycznych muszą Państwo zapłacić bez względu na posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego. Bezpłatne są wszystkie zabiegi udzielane Państwu w ramach umowy placówki z NFZ.

LEKARZ POZ – opłaty za niektóre zaświadczenia lekarskie i kilkukrotną zmianę lekarza

Wszystkie świadczenia, na które mogą Państwo liczyć ze strony lekarza POZ w czasie pracy przychodni jak i w godzinach wieczornych, w niedziele i święta są bezpłatne. Wyjątek stanowią niektóre zaświadczenia lekarskie potwierdzające Państwa stan zdrowia. Jeżeli są one niezbędne do kontynuowania leczenia, nauki czy do celów związanych z pomocą społeczną, ustalenia stopnia niepełnosprawności, prawa do zasiłku pielęgnacyjnego, opłata nie jest pobierana. Będą jednak musieli Państwo zapłacić, jeśli zaświadczenie lekarskie wystawiane jest na Państwa wyraźne życzenie i nie wynika z jednego z wyżej wymienionych powodów. Zapłać Państwo za:

- orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych,
- zaświadczenie lekarskie dla ZUS, KRUS na potrzeby postępowania rentowego oraz przyznanie świadczeń z tytułu wypadków przy pracy czy chorób zawodowych, w postępowaniu o odszkodowania, np. dla PZU,
- zaświadczenie dla potrzeb orzeczeń sądowych oraz obdukcje w celach sądowo-lekarskich,
- wpisy do pracowniczej księgi zdrowia oraz zaświadczenia lekarskie wykorzystywane w medycynie pracy (dopuszczające pracownika do pracy na określonym stanowisku – dotyczy stanowisk pracy bez narażenia na czynniki szkodliwe, a

także dla uczniów i studentów, którym do dalszej nauki niezbędna jest książeczka zdrowia lub zaświadczenie o przydatności do wykonywania zawodu) – ten koszt pokrywa najczęściej pracodawca,

- zaświadczenie o stanie zdrowia dla zakładów pracy lub innych instytucji w celu uzyskania świadczeń rzeczowych lub pieniężnych,
- zaświadczenia lekarskie wydawane w celu podjęcia pracy za granicą,
- zaświadczenia wydawane na życzenie pacjenta w innych celach pozaleczniczych.

Zmiana lekarza POZ

Będąc ubezpieczonym mają Państwo prawo wyboru lekarza rodzinnego. Bez dodatkowych opłat można zmienić lekarza nie częściej niż dwa razy w roku. Każda kolejna zmiana związana jest z zapłatą 80 zł. Jedynie w przypadku zmiany miejsca zamieszkania lub zaprzestania udzielania świadczeń przez Państwa lekarza, czyli z przyczyn od Państwa niezależnych, opłata ta nie jest pobierana.

TRANSPORT SANITARNY

– dopłata zależna od stanu zdrowia pacjenta

Na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego mają Państwo prawo do bezpłatnego przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego. Celem tego przejazdu musi być odbyte leczenie w najbliższym ZOZ udzielającym świadczenia we właściwym zakresie oraz powrót z niego. Pojęcie dysfunkcji narządu ruchu dotyczy osoby niezdolnej do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innego człowieka. Ponadto stan zdrowia takiej osoby powinien wykluczać korzystanie ze środków transportu publicznego. Przy

określanu stanu zdrowia pacjenta kwalifikującego się do bezpłatnego transportu sanitarnego brane są pod uwagę stopnie niesprawności, które wpływają na wysokość odpłatności pacjenta za przewóz środkami transportu sanitarnego – jeśli lekarz stwierdzi dysfunkcję ruchu, która uniemożliwia mu przejazd środkami komunikacji publicznej, to wtedy transport do miejsca zamieszkania będzie bezpłatny. Natomiast gdy poziom niesprawności ruchowej pacjenta jest mniejszy, musi on zapłacić w całości lub częściowo za transport sanitarny.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

– pobranie odpisu

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów lub kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest publikowana przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

Maksymalne opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej (luty 2010 r.) wynoszą:

- jedna strona wyciągu lub odpisu – **6,91 zł**,
- jedna strona kopii – **0,69 zł**,
- wyciąg, odpis lub kopia na nośniku elektronicznym – **6,91 zł**.

ODPŁATNOŚĆ ZA LEKI

– obowiązkowe dopłaty pacjentów

Jeśli posiadają Państwo ubezpieczenie w NFZ, mają Państwo prawo do zakupu leków refundowanych. Poza lekami bezpłatnymi, do których dostęp mają tylko pewne grupy pacjentów, ich zakup jest częściowo finansowany przez Fundusz. Reszta dopłaca pacjent.

Wykazy leków są określone w tzw. rozporządzeniach refundacyjnych.

Są w nich wymienione leki podstawowe, przy zakupie których obowiązuje opłata zryczałtowana w wysokości 3,20 zł. Do grupy tych leków zalicza się preparaty ratujące życie lub niezbędne do prowadzenia i kontynuowania leczenia. Za leki, które zakwalifikowane zostały jako tzw. uzupełniające, pacjent płaci 30 lub 50 proc. ich ceny. Opłata jest wyższa, bo wspomagają one działanie leków podstawowych. Za leki, które nie są wpisane na listy refundacyjne i są sprzedawane bez recepty, płaci Państwo 100 proc. z własnych środków.

POBYT W SANATORIUM

– dopłaty do wyżywienia i zakwaterowania

W zależności od tego, w ramach jakiego świadczenia uzdrowiskowego zostaną Państwo skierowani na leczenie, zapłać Państwo za część kosztów wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium. Ich wysokość uzależniona jest od terminu pobytu i standardu pokoju. Chory skierowany na leczenie do szpitala uzdrowiskowego nie płaci za zakwaterowanie i za wyżywienie. Musi jednak zapłacić za dojazd na miejsce kuracji.

W przypadku uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego pacjent ma zagwarantowane bezpłatne leczenie natomiast pełny koszt zakwaterowania i wyżywienia pokrywa we własnym zakresie. Kosztów związanych z wyżywieniem i zakwaterowaniem w uzdrowiskach nie ponoszą dzieci i młodzież. Za swój pobyt muszą natomiast zapłacić opiekunowie dzieci leczonych w sanatorium. Każdy kuracusz ma zagwarantowane bezpłatne zabiegi zleczone na postawie skierowania (schorzenia będącego podstawą wystawienia skierowania) oraz w zakresie koniecznym do wykonania świadczenia leki i badania diagnostyczne.

LECZENIE STOMATOLOGICZNE

– pełna odpłatność

za świadczenia ponad standard

Fundusz finansuje tylko usługi i materiały stomatologiczne określone jako gwarantowane, które zostały wskazane przez Ministra Zdrowia w stosownym rozporządzeniu. Od tego roku za zabiegi i materiały ponadstandardowe, czyli takie, które nie znajdują się w wykazie Ministra Zdrowia, zapłać Państwo 100 proc. ich ceny. W ubiegłych latach mogło się to odbywać na zasa-

dzie dopłat. Stomatolog ma prawo wykonywania świadczeń opłacanych przez pacjenta w godzinach zakontraktowanych przez NFZ. Na życzenie pacjenta stomatolog ma prawo wykonać świadczenie poza kolejnością, tj. z pominięciem listy oczekujących pacjentów, ale odpłatnie.

Dzieciom do ukończenia 12 roku życia przysługuje leczenie ortodontyczne – wad zgryzu z zastosowaniem aparatu do zdejmowania, jedno- i dwuszczkowego. Do ukończenia 13 roku życia prowadzona jest bezpłatna kontrola wyników leczenia. Również do ukończenia 13 roku życia przysługuje jeden raz w roku kalendarzowym naprawa aparatu ortodontycznego. Nie przysługuje natomiast wymiana i naprawa aparatu ortodontycznego uszkodzonego z powodu jego nieprawidłowego użytkowania.

LECZENIE ZA GRANICĄ

– współpłacenie na równi z obywatelami krajów UE

W stanach nagłych, jeśli przebywacie Państwo za granicą – mogą Państwo skorzystać z pomocy medycznej we wszystkich krajach UE i ETA. Muszą mieć Państwo jednak dowód potwierdzający ubezpieczenie w Polsce, jakim jest karta EKUZ. W większości krajów UE obowiązuje zasada współpłacenia przez pacjenta, która dotyczy również obcokrajowców. W przypadku świadczeń planowanych – jeśli NFZ nie wyrazi na nie zgody, muszą Państwo pokryć wszystkie koszty leczenia samodzielnie.

ZAOPATRENIE ORTOPEDYCZNE

– dopłata do limitów cenowych ustalonych przez MZ

Refundacja danego przedmiotu ortopedycznego czy środka pomocniczego przysługuje Państwu przy określonych schorzeniach oraz na określony czas, np. 2, 3, 5 lub 10 lat. Dopiero po jego upływie możliwe jest wystawienie nowego zlecenia, np. na nową protezę. Na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze określone są również limity cenowe, czyli maksymalne kwoty refundacji. Zwykle NFZ finansuje 70 proc. ceny, natomiast pozostałe 30 proc. oraz różnicę między ceną w sklepie a wysokością refundacji opłaca pacjent z własnej kieszeni. Wykazy przedmiotów ortopedycznych i środków

pomocniczych oraz limity cenowe ustala Ministerstwo Zdrowia.

ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM NIETRZEŻYWM

Za świadczenia zdrowotne udzielone osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości szpital, a także każdy inny publiczny zakład opieki zdrowotnej, może pobrać opłatę niezależnie od tego, czy osoba, której pomoc została udzielona, ma uprawnienia do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, czy nie jest ubezpieczona w NFZ. Szpital musi jednak udowodnić, że bezpośrednio przyczyną udzielonego świadczenia było zdarzenie spowodowane upojeniem alkoholowym tej osoby.

OPŁATY ZA ŚWIADCZENIA PONAD STANDARD

Usługi stomatologiczne to tylko jeden z przykładów świadczeń, za które muszą Państwo w niektórych przypadkach w całości zapłacić. Dopłaty obowiązują również w przypadku innych świadczeń. Pacjent płaci np. za operacje plastyczne, chyba że ich wykonanie jest niezbędne, bo są następstwem wypadku, choroby, która powoduje trwałe oszpecaenia. NFZ nie płaci np. za poprawę wyglądu nosa, jeżeli nie jest to podyktowane względami medycznymi, ale tylko estetycznymi. Pacjent z własnych środków optaca również alternatywne metody redukcji bólu, walki z nadagami czy zapłodnienie pozaustrojowe metodą in vitro. To, za jakie świadczenia NFZ musi zapłacić, można sprawdzić w tzw. rozporządzeniach koszykowych przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Są one dostępne m.in. na stronie internetowej resortu – www.mz.gov.pl.

Wszystkie zabiegi wykonywane w ramach umowy z NFZ są bezpłatne. Pobieranie opłat przez Świadczeniodawców jest w takich przypadkach bezzasadne. W razie domagania się opłaty lub dopłaty do zabiegu finansowanego przez NFZ prosimy o kontakt z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta MOW NFZ, Kraków, ul. Batorego 24, tel.12-29-88-303 lub 12-29-88-404 (Linia Pacjenta).