

Szanowni Państwo

W związku z ciągle powtarzającymi się pytaniami ubezpieczonych o to, do czego my - jako pacjenci - mamy prawo, trochę o Karcie Praw Pacjenta i o tym gdzie, w razie naruszenia tych praw, szukać pomocy.

Dzisiaj także o tym, czy placówka medyczna może odmówić wpisania nas na listę oczekujących na świadczenia medyczne.

PRAWA PACJENTA I UBEZPIECZONEGO

Lekarz w sposób mało zrozumiały i wyczerpujący udzielił Ci wyjaśnień, co do rozpoznania Twojej choroby i sposobów jej leczenia? Nie udostępniono Ci Twojej dokumentacji medycznej? Zażądano od Ciebie opłat za świadczenia, które przysługują ci bezpłatnie? Nie jesteś bezradny. Poznaj swoje prawa pacjenta i wymagaj ich przestrzegania, a w razie ich naruszenia zgłoś to!

Prawa pacjenta zebrane w Karcie Praw Pacjenta wynikają z obowiązujących w Polsce aktów prawnych. Podstawowym ich źródłem są przepisy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, która zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia. Nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, przy czym warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Zapewnia się także szczególną opiekę zdrowotną dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku oraz gwarantuje zwalczanie chorób epidemicznych i zapobieganie negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Podstawowymi założeniami Karty Praw Pacjenta są:

1. **prawo do wyrażania zgody na interwencję medyczną**, co oznacza, że podstawą legalności działania lekarza jest zgoda pacjenta, a wykonanie zabiegu leczniczego bez takiej zgody jest przestępstwem,
2. **prawo do informacji** o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach leczenia i rokowaniu w sposób rzetelny i zrozumiały dla pacjenta, chyba że pacjent zażąda, by takie informacje nie były mu udzielane. Informacje te mogą być przekazywane również rodzinie oraz innym osobom, ale tylko za zgodą pacjenta,
3. **prawo do godności** nakładające na lekarza obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta. Oznacza to, że świadczenia zdrowotne udzielane powinny być w obecności niezbędnego personelu medycznego, a na uczestnictwo innych osób (np. studentów medycyny) pacjent musi wyrazić zgodę,
4. **prawo do pomocy medycznej**, które zobowiązuje lekarza do udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu narażałaby pacjenta na utratę życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane niezwłocznie. Nie udzielenie pomocy medycznej może być traktowane jak przestępstwo i ścigane jest na podstawie Kodeksu Karnego,
5. **prawo do opieki medycznej odpowiedniej jakości** gwarantuje pacjentowi uzyskanie świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej oraz zobowiązuje lekarza do wykonywania swojego zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób,
6. **prawo do tajemnicy** zobowiązuje lekarza do zachowania w tajemnicy wszystkich dotyczących pacjenta informacji, które uzyskał w związku z wykonywaniem zawodu (tzw. tajemnica lekarska). Obowiązuje ona lekarza również po śmierci pacjenta. W wyjątkowych przypadkach określonych ustawą lekarz może być zwolniony z obowiązku jej zachowania,
7. **prawo dostępu do dokumentacji medycznej** pozwalające pacjentowi zarówno uzyskać wgląd we wszelkie informacje zawarte w dokumentacji dotyczącej procesu jego leczenia, jak również zażądać odpisu lub kserokopii tych dokumentów,
8. **prawo ochrony danych** zawartych w dokumentacji medycznej,
9. **prawo zarówno wyrażenia, jak i potem późniejszego cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów,**
10. **prawo do umierania w spokoju i godności,**
11. **prawo do dodatkowej opieki** pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną, do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz oraz do opieki duszpasterskiej dla osób przebywających w szpitalach lub innych zakładach opieki zdrowotnej, które wymagają całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych.

Oprócz praw pacjenta, każdej osobie objętej ubezpieczeniem zdrowotnym przysługują prawa jako **świadczeniobiorcy**. Wynikają one z ustawy i określają, do jakiego rodzaju bezpłatnych usług medycznych i w jakim zakresie ubezpieczony ma prawo.

Jeżeli uznasz, że twoje prawa pacjenta i ubezpieczonego nie są przestrzegane, możesz złożyć skargę kolejno do:

- dyrektora placówki medycznej,
- rzecznika praw pacjenta działającego przy placówce medycznej (jeśli taki organ został przez przychodnię lub szpital powołany),
- właściwych rzeczników odpowiedzialności zawodowej (Izba Lekarska, Izba Pielęgniarek i Położnych lub Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych),
- **oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:**
 - **do pracowników Działu Skarg i Wniosków Świadczeniobiorców w przypadku naruszenia praw wynikających z ubezpieczenia zdrowotnego,**
 - **do Rzecznika Praw Pacjenta w przypadku naruszenia praw pacjenta wynikających z Karty Praw Pacjenta.**
- biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia.

Do głównych zadań Rzecznika Praw Pacjenta oraz pracowników Działu Skarg i Wniosków Narodowego Funduszu Zdrowia należy między innymi:

- czuwanie nad przestrzeganiem praw ubezpieczonych,
- przyjmowanie i rozpatrywanie skarg, zażaleń i wniosków pacjentów na działalność świadczeniodawców,
- podejmowanie interwencji w zgłaszanych sprawach,
- udzielanie pacjentom informacji o zakresie ich uprawnień,
- współpraca z organizacjami i stowarzyszeniami działającymi na rzecz praw pacjenta oraz rzecznikami odpowiedzialności zawodowej. ■

GDZIE SZUKAĆ INFORMACJI?

Obowiązkiem każdego kierownika placówki medycznej jest zapewnić pacjentom dostęp do informacji o prawach pacjenta. Zapytaj o Kartę Praw Pacjenta w swojej przychodni lub u lekarza rodzinnego. Znajdziesz ją również na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia (<http://www.mz.gov.pl>), a także Narodowego Funduszu Zdrowia (<http://www.nfz.gov.pl>) oraz Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (<http://www.nfz-katowice.pl>).

GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach:

Informacja Śląskiego OW NFZ

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, telefon: 032 735 19 00
ul. gen. Jankego 15 a, 40-615 Katowice, telefon: 032 735 05 05

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, telefon: 032 735 17 07

Rzecznik Praw Pacjenta przyjmuje w pokoju nr 103 na I piętrze w godzinach:

w poniedziałki od 8.00 do 17.00, od wtorku do piątku od 8.00 do 16.00

Biuro Działu Skarg i Wniosków

ul. gen. Jankego 15 a, 40-615 Katowice
telefon: 032 735 05 90; 735 05 63; 735 05 13; 735 05 16; 735 05 82; 735 05 45

Skargi i wnioski można składać od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 16.00

KOMUNIKAT DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW

rozliczających świadczenia zdrowotne w miesiącach styczeń i luty 2008 r. poza systemem elektronicznym

W związku z napływającymi do Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ informacjami od Świadczeniodawców o trwających nadal problemach rozliczeniowych w wyniku przejścia na otwarty format rozliczeniowy, uprzejmie informuję:

- w przypadku trudności z rozliczeniem świadczeń zdrowotnych wykonanych w miesiącu lutym w obowiązującym formacie XML i przesłaniem do Śląskiego OW NFZ elektronicznej wersji raportu statystycznego, dopuszcza się możliwość rozliczenia świadczeń na podstawie, załączonego do rachunku, raportu statystycznego opracowanego poza systemem elektronicznym
- Świadczeniodawcy, którzy otrzymali zapłatę za wykonane świadczenia zdrowotne w miesiącu styczniu i lutym na podstawie dokumentów rozliczeniowych, sporządzonych poza systemem elektronicznym, zobowiązani są do przesłania elektronicznej wersji raportu statystycznego w obowiązującym formacie XML **w nieprzekraczalnym terminie do 31 marca br.**
- świadczenia zdrowotne wykonane w marcu rozliczane będą wyłącznie na podstawie raportu statystycznego, przesłanego drogą elektroniczną, oraz przedłożonego rachunku/faktury – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 197, poz. 1643)
- warunek realizacji płatności za wykonane świadczenia w marcu stanowić będą raporty statystyczne za styczeń i luty, przesłane w wymaganym formacie XML, w których przesłane dane będą zgodne z wystawioną wcześniej fakturą.

Podpisal
Dyrektor
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
Zygmunt Klosa

KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH

Czas trwania konkursu oraz podpisywania przez placówki medyczne nowych kontraktów z NFZ na świadczenie usług medycznych na najbliższe lata jest szczególnie uciążliwy dla każdego, kto teraz właśnie poszukuje pomocy u lekarza. Często bowiem słyszymy, iż nie tylko nie zostaniemy przyjęci ze względu na wyczerpane kontrakty, ale nawet nie zostaniemy wpisani do kolejki oczekujących na procedurę medyczną, program lekowy czy na przyjęcie do określonej poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego. Czy takie postępowanie placówek medycznych jest słuszne? W świetle Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 04.210.2135 ze zm.) – nie.

Zakłady realizujące świadczenia w rodzaju: **leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna** są bowiem ustawowo zobowiązane do udzielania świadczeń **według kolejności zgłoszenia w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących** na udzielenie świadczenia, o czym mówi artykuł 20 Ustawy. Jednocześnie każdy świadczeniodawca ma możliwość wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych. Same listy oczekujących podlegają natomiast okresowej ocenie przez powołany przez świadczeniodawcę zespół oceny przyjęć, do którego zadań należy m. in. weryfikacja tychże list pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian wyznaczonych terminów (artykuł 21 Ustawy). O ile więc tworzona lista oczekujących podlega weryfikacji przez wspomniany zespół oceny przyjęć **powołany w danym zakładzie opieki zdrowotnej**, o tyle o konieczności niezwłocznego wykonania zabiegu czy badania, lub przesunięcia jego terminu, **decyduje sam lekarz** na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia pacjenta oraz dotychczasowego przebiegu choroby, a dopuszczalny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia ustalany jest indywidualnie w odniesieniu do ubezpieczonego. W przypadku wyznaczenia przez świadczeniodawcę odległego terminu realizacji świadczenia, pacjent może wpisać się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy, z zachowaniem zasady, że wpisany jest **tylko na jednej liście oczekujących** (artykuł 10 Ustawy). W przypadku nagłego pogorszenia zdrowia pacjenta, wymagającego uzyskania świadczeń lekarskich we wcześniejszym terminie, odpowiednio koryguje się kolejkę oczekujących. Również w przypadku, kiedy pacjent z różnych przyczyn nie może stawić się u lekarza w wyznaczonym terminie lub z wizyty tej zrezygnował, powinien on jak najszybciej powiadomić o tym świadczeniodawcę. Listę oczekujących, w myśl artykułu 20 ust. 5 Ustawy o świadczeniach, prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie **zasady sprawiedliwego, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi**. Kryteria te, którym powinni kierować się wszyscy świadczeniodawcy, reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku (Dz. U. 05.200.1661), w myśl którego według paragrafu 2 ust. 1 pkt 1, świadczeniodawca, umieszczając pacjenta na liście oczekujących, kwalifikuje go do jednej z następujących kategorii medycznych:

- a) **„przypadek pilny”** – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
- b) **„przypadek stabilny”** – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w paragrafie 2 ust. 1 pkt 1 lit. A powołanego Rozporządzenia. Jednocześnie zgodnie z paragrafem 3 wyżej wymienionego Rozporządzenia, świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Jedynym przypadkiem, kiedy placówka medyczna **może nie dochować terminu przyjęcia pacjenta**, jest sytuacja, kiedy zaistnieją szczególne okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, i które uniemożliwiają jego zachowanie. Przy czym w takim wypadku świadczeniodawca ma obowiązek poinformowania pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu udzielenia świadczenia oraz jej przyczynie. Nie może natomiast odmówić **wpisania pacjenta na listę oczekujących**. Nawet kiedy okres obowiązywania kontraktu z NFZ się kończy, świadczeniodawca **ma obowiązek wpisania go do kolejki oczekujących**. W sytuacji, gdyby do ponownego podpisania kontraktu nie doszło, pacjent taki zostaje poinformowany, w której z najbliższych placówek, realizujących świadczenia w ramach kontraktu z NFZ, może uzyskać analogiczne usługi medyczne i kontynuować leczenie.



Narodowy Fundusz Zdrowia
Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

www.nfz-katowice.pl

www.nfz.gov.pl

Informacja ogólna

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 19 00
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice, tel. 032 735 05 05

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta Śląskiego OW NFZ

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 17 07

Biuro Działu Skarg i Wniosków

ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice, tel. 032 735 05 90; 735 05 63; 735 05 13; 735 05 16; 735 05 82; 735 05 45

Informacja dotycząca Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZZ)

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 18 00

Informacja na temat leczenia w Unii Europejskiej

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 16 97, 032 735 17 63, 032 735 16 25

Informacja na temat Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 18 87, 032 735 18 78, 032 735 18 86

Informacja dotycząca rozliczania (refundacji) kosztów leczenia w krajach Unii Europejskiej

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 17 65, 032 735 16 73, 032 735 15 67

Informacja Działu Lecznictwa Uzdrawiskowego

ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice, tel. 032 735 05 22

Dział ds. Środków Pomocniczych i Przedmiotów Ortopedycznych

ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice, tel. 032 735 05 56, 032 735 05 57