



Powiat Gniezno
tu powstała Polska

INFORMATOR PACJENTA

GDZIE SIĘ LECZYĆ W POWIECIE GNIEŹNIEŃSKIM

Opracowano w Wydziale Zdrowia

Gniezno, kwiecień 2024 r.

Spis treści

I. ABC PACJENTA.....	3
1. PRAWA PACJENTA	3
2. RECEPTY.....	3
3. BEZPŁATNE LEKI DLA SENIORÓW 65 +, DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	6
4. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	7
5. NAGŁA POMOC MEDYCZNA.....	8
6. SKIEROWANIE.....	10
7. LECZENIE UZDROWISKOWE	13
II. WYKAZ ŚWIADCZENIODAWCÓW	15
1. PRZYCHODNIE I SZPITALA	15
2. NAGŁA POMOC DORAŻNA	15
3. APTEKI.....	15
4. PUNKTY ZAOPATRZENIA	15
5. PROGRAMY PROFILAKTYCZNE	15
6. INNE	15

I. ABC PACJENTA

1. Prawa pacjenta

- a) Prawo do świadczeń zdrowotnych
- b) Prawo do informacji
- c) Prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych
- d) Prawo do tajemnicy informacji
- e) Prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych
- f) Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzecznictwa lekarza
- g) Prawo do dokumentacji medycznej
- h) Prawo do poszanowania intymności i godności
- i) Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego
- j) Prawo do opieki duszpasterskiej
- k) Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Opis praw pacjenta dostępny na stronie Rzecznika Prawa Pacjenta:

<https://www.gov.pl/web/rpp/prawa-pacjenta?page=1&size=10>

2. Recepty

Zasady wystawiania recept na leki refundowane przez NFZ

Osoby uprawnione do świadczeń finansowanych ze środków publicznych mają prawo do refundowanych produktów (np. leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, materiałów opatrunkowych). Podstawą ich wydania jest recepta wystawiona przez lekarza, lekarza dentyzę, felczera lub starszego felczera, pielęgniarkę i położną, które to osoby posiadają uprawnienia do wystawiania recept. Aby zapisany na receptce lek refundowany mógł być wydany z właściwą odpłatnością, recepta powinna być opatrzona unikalnym numerem nadanym przez NFZ i zawierać odpowiednie informacje dotyczące świadczeniodawcy, osoby przepisującej leki, dane pacjenta oraz niezbędne informacje dotyczące przepisywanych leków.

Na jednej receptce w postaci papierowej może zostać przepisanych do 5 (pięciu) różnych leków gotowych, środków spożywczych, wyrobów medycznych. Na jednej receptce w postaci elektronicznej może zostać przepisany 1 lek gotowy, środek spożywczy, wyrób medyczny. Pacjent może otrzymać pakiet recept elektronicznych.

Osoba przepisująca leki na receptie lekarskiej może wystawić do 12 (dwanaście) recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 360 (trzysta sześćdziesiąt) dni, z zastrzeżeniem, że na jednej receptce nie można przypisać leku na więcej niż 120 (sto dwadzieścia) dni stosowania.

Osoba przepisująca leki na receptie pielęgniarskiej może wystawić do 4 (czterech) recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 120 (sto dwadzieścia) dni, z zastrzeżeniem, że dla jednego pacjenta może jednorazowo maksymalnie:

- ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi do 120-dniowego okresu stosowania wyliczonego na podstawie określonego na receptce sposobu dawkowania;
- ilość produktu leczniczego antykonceptyjnego przeznaczoną do 60-dniowego stosowania – wyłącznie w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

Pacjentowi przebywającemu i leczonemu w szpitalu przysługują w ramach tego leczenia wszystkie niezbędne świadczenia - także leki. Niedopuszczalne jest wystawianie recept i zmuszanie pacjentów do wykupienia leków koniecznych do prowadzenia leczenia w szpitalu. Przy wypisie ze szpitala lekarz powinien wystawić pacjentowi receptę na niezbędne leki wymienione w karcie informacyjnej.

Recepty wystawione przez lekarza lub felczera nie są ważne bezterminowo. Najczęściej ważność recepty wynosi 30 (trzydzieści) dni od daty jej wystawienia lub od wyznaczonej daty realizacji - jeśli taka została określona na receptce. Od tej reguły są jednak wyjątki i w przypadku niektórych leków termin realizacji recept może być krótszy (np. na antybiotyki) lub dłuższy (np. na preparaty immunologiczne).

Termin realizacji recepty nie może przekroczyć:

- **30 dni** od daty jej wystawienia albo naniesionej na receptce daty realizacji „od dnia”, a w przypadku recepty w postaci elektronicznej – **365 dni**. Recepta w postaci elektronicznej, na której nie zaznaczono terminu realizacji recepty, nie może być zrealizowana po upływie 30 dni od daty jej wystawienia albo naniesienia na niej daty realizacji „od dnia”.
- **7 dni** od daty jej wystawienia albo naniesionej na receptce daty realizacji „od dnia” dla recepty na antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego;
- **120 dni** od daty jej wystawienia na:
 - produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzane z zagranicy dla pacjenta na podstawie art. 4 albo art. 29a ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia,

- produkty immunologiczne wytwarzane indywidualnie dla pacjenta;
- **30 dni** od daty jej wystawienia dla recepty na środki odurzające, substancje psychotropowe, preparaty zawierające te środki lub substancje oraz prekursory kategorii 1.

W przypadku realizacji recepty elektronicznej:

- po upływie 30 dni od daty jej wystawienia albo naniesionej na receptę daty realizacji „od dnia”, recepta jest realizowana z wyłączeniem dni stosowania, które już upłynęły, licząc je od daty wystawienia recepty albo naniesionej na receptę daty realizacji „od dnia”,
- jednorazowo pacjent może otrzymać maksymalnie ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi do 180-dniowego okresu stosowania wyliczonego na podstawie określonego na receptę sposobu dawkowania

- przy czym w przypadku produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, wydawanego w opakowaniach, których wielkość uniemożliwia wydanie go w ilości niezbędnej do stosowania przez wyliczony okres, dopuszcza się wydanie go w ilości przekraczającej tę ilość, jednak nie więcej niż o jedno najmniejsze opakowanie.

Dane ze strony: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/recepty-i-leki/>

3. Bezpłatne leki dla seniorów 65 +, dla dzieci i młodzieży

Osoby powyżej 65 lat, dzieci i młodzież do 18 roku życia mają prawo do bezpłatnych leków na receptę.

Bezpłatnie leki przysługują wszystkim osobom, które łącznie spełniają 3 kryteria:

- mają ukończone 65 lat lub mają poniżej 18 lat,
- lek znajduje się w wykazie „D1” lub „D2” refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w załączniku do obwieszczenia ministra zdrowia,
- mają rozpoznane schorzenie, które jest zgodne z zakresem wskazań objętych refundacją.

Aktualny wykaz leków dostępnych bezpłatnie dostępny jest na:

- stronie Ministerstwa Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-30-sierpnia-2023-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywnieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-wrzesnia-2023-r>

- Internetowym Koncie Pacjenta, dostępne po zalogowaniu w zakładce Powiadomienie

- aplikacji w mojeIKP w Menu.

Receptę na bezpłatne leki wystawia uprawniony lekarz lub pielęgniarka. Wystarczy, że na recepcie w polu „kod uprawnień dodatkowych” będzie odpowiednio litera „S” w przypadku seniorów lub „DZ” w przypadku dzieci i młodzieży.

Farmaceuta nie ma prawa wpisania ani poprawiania tego kodu na recepcie. Farmaceuta sprawdza, które z przepisanych leków znajdują się na wykazach bezpłatnych leków, a następnie wydaje te leki pacjentowi.

Odpłatność za leki jest oznaczana w taki sam sposób, jakby lek był przepisany na zasadach ogólnych (czyli takich jak dla pacjentów między 19. a 65. rokiem życia, np. 50%, 30%, ryczałt) z dopisanym uprawnieniem S lub DZ. W przypadku wpisania w tej rubryce wartości 100% pacjent otrzyma leki pełnopłatnie.

Dane ze strony: <https://pacjent.gov.pl/artykul/bezplatne-leki-dla-seniorow-75>

4. Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna (**POZ**) jest częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą wszystkim osobom uprawnionym do świadczeń zamieszkałym/przebywającym na terytorium Polski kompleksowe i skoordynowane świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Świadczenia udzielane są w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), a w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta (również w domu pomocy społecznej). Obejmują także profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawowaną przez pielęgniarkę/higienistkę w środowisku nauczania i wychowania.

Funkcjonowanie **POZ** (za wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ) oparte jest na prawie do imiennego wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Wyboru można dokonać przez:

- złożenie pisemnej deklaracji u lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej w wybranej przez Ciebie przychodni.
- złożenie deklaracji przez internet w [Internetowym Koncie Pacjenta](#). Po zalogowaniu się do serwisu możesz sprawdzić również, do którego lekarza, pielęgniarki, położnej oraz w której przychodni złożyłeś już deklarację.

Świadczenia POZ - za wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ - udzielane są w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

Świadczenia profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania udzielane są w dni powszednie od poniedziałku do piątku (z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy), w godzinach lekcyjnych, zgodnie z harmonogramem pracy szkół.

Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ dostępne są w dni powszednie w godzinach od 18.00 do 8.00 rano dnia następnego, oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.

Dane ze strony: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/podstawowa-opieka-zdrowotna/>

5. Nagła pomoc medyczna

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy.

W razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjent może udać się po pomoc do dowolnego punktu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, gdzie mieszka, i do którego lekarza/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) złożył swoją deklarację.

Dyżurujący lekarz udziela porad:

- w warunkach ambulatoryjnych,
- w domu pacjenta (w przypadkach medycznie uzasadnionych),
- telefonicznie.

Z pomocy lekarza i pielęgniarki w nocy, w dni wolne i w święta można skorzystać w razie:

- nagłego zachorowania;
- nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek zdrowia, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy;
- gdy zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia.

Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR) i Izby Przyjęć

W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pomocy udzielają izby przyjęć oraz Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR). **SOR i izby przyjęć pomagają osobom w stanach ciężkich (np. wypadek, uraz, zatrucie, krwawienie z przewodu pokarmowego lub dróg moczowych), których następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub utrata życia.**

Takie sytuacje wymagają natychmiastowych czynności ratunkowych i wdrożenia szybkiej diagnostyki oraz podjęcia leczenia. W przypadku SOR i izby przyjęć o kolejności przyjęć pacjentów nie decyduje kolejność zgłoszenia, lecz stan zdrowia, oceniony przez personel medyczny. Do tych placówek pacjent może zgłosić się bez skierowania, niezależnie od miejsca swego zamieszkania.

Pomoc medyczna w izbach przyjęć i Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych nie zastępuje wizyty u lekarza rodzinnego, czy lekarza poradni specjalistycznej. Ma na celu diagnostykę i leczenie w zakresie niezbędnym do ustabilizowania funkcji życiowych pacjenta. Następnie pacjent jest wypisywany, albo przyjęty do właściwego oddziału szpitalnego.

Ratownictwo medyczne – 112 lub 999

W sytuacjach bezpośredniego nagłego zagrożenia życia lub zdrowia zadzwoń pod numer 112, lub 999 i wezwij zespół ratownictwa medycznego.

Zespoły ratownictwa medycznego udzielają pomocy osobom, które wymagają natychmiastowego podjęcia medycznych czynności ratunkowych ze względu na ryzyko poważnego uszkodzenia funkcji organizmu, uszkodzenia ciała lub utraty życia.

Wezwij zespół ratownictwa medycznego, jeśli ktoś w Twoim otoczeniu np. stracił przytomność, ma drgawki, zaburzenia rytmu serca, rozległe oparzenia, uporczywe wymioty – zwłaszcza z domieszką krwi, odczuwa nasiloną duszność lub ostry ból brzucha.

Najważniejsze informacje, które należy podać po zgłoszeniu dyspozytora:

- dokładne miejsce zdarzenia (adres, lokalizacja, punkty orientacyjne),
- powód wezwania,
- kto potrzebuje pomocy,
- kto wzywa zespół ratownictwa medycznego.

Należy odpowiadać na pytania dyspozytora, dostosować się do jego zaleceń w zakresie udzielenia pierwszej pomocy. Przyjęte wezwanie powinno zostać potwierdzone przez dyspozytora.

Doraźna pomoc dentystyczna

W przypadku nagłego bólu zęba możesz skorzystać z dyżuru stomatologicznego

Placówki udzielają pomocy doraźnej:

- w dni powszednie od 19:00 do 7:00 dnia następnego
- w soboty, niedziele i dni wolne od pracy całodobowo.

Dane ze strony: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/na-ratunek/>

6. Skierowanie

Zgłaszając się do wybranego świadczeniodawcy powinniśmy przedstawić - oprócz potwierdzenia prawa do świadczeń - ważne skierowanie. Jest ono dokumentem wymaganym przy dostępie do badań diagnostycznych oraz świadczeń realizowanych w ramach:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- leczenia szpitalnego,
- leczenia uzdrowiskowego,
- rehabilitacji leczniczej,
- opieki nad przewlekle chorymi.

Skierowaniem do lekarza specjalisty nie jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego, izby przyjęć, czy szpitalnego oddziału ratunkowego. Jeżeli w karcie informacyjnej wskazana jest kontynuacja leczenia, skierowanie powinien wystawić lekarz prowadzący leczenie pacjenta w szpitalu.

Pamiętaj! Na podstawie jednego skierowania możesz zarejestrować się tylko w jednej placówce udzielającej świadczeń w danym zakresie. Pacjenci wymagający większej niż jedna liczby porad specjalistycznych z danej przyczyny, przedstawiają skierowanie tylko przy pierwszorazowym zgłoszeniu się do wybranej poradni specjalistycznej.

Skierowanie nie jest potrzebne do następujących lekarzy specjalistów:

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

Skierowania nie muszą także przedstawiać następujące osoby korzystające z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- inwalidzi wojenni i wojskowi,
- osoby represjonowane,
- kombatanci,
- niewidome cywilne ofiary działań wojennych,
- chorzy na gruźlicę,
- zakażeni wirusem HIV,
- w zakresie badań dawców narządów,
- uzależnieni od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie leczenia odwykowego,

- uprawnieni (żołnierze lub pracownicy) oraz weterani - w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Skierowanie wystawia:

- na badania diagnostyczne, na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na leczenie uzdrowiskowe, na rehabilitację leczniczą, opiekę długoterminową - lekarz POZ lub inny lekarz udzielający świadczeń w ramach ważnej umowy z NFZ. Jeżeli pacjent objęty opieką specjalisty wymaga wykonania niezbędnych, dodatkowych badań diagnostycznych, skierowania na te badania wystawia świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dotyczy to również lekarza specjalisty, do którego pacjent ma prawo zgłosić się bez skierowania;
- na badania diagnostyczne kosztochłonne (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) - lekarz będący lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego w poradni, która zawarła umowę z Funduszem na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, rehabilitację lub psychiatrię, prowadzący leczenie pacjenta i stwierdzający potrzebę wykonania danego badania (w przypadkach uzasadnionych medycznie);
- na leczenie szpitalne - każdy lekarz. Nie musi być to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego!
- na leczenie uzdrowiskowe - lekarz ubezpieczenia zdrowotnego;
- na transport sanitarny - zlecenie wystawia lekarz/felczer ubezpieczenia zdrowotnego;
- na transport sanitarny w POZ - zlecenie wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.
- na realizację zleceń pozostających w zakresie zadań pielęgniarki POZ - zlecenie wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i inni lekarze ubezpieczenia zdrowotnego.

Świadczenia udzielone pacjentowi bez skierowania - poza wymienionymi przypadkami - nie są finansowane przez NFZ, a ich koszty mogą obciążyć pacjenta.

Ważność skierowania

Zazwyczaj skierowanie jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Zachowuje ono swoją ważność do czasu realizacji, np. poprzez ustalenie terminu przyjęcia pacjenta do szpitala.

Po objęciu pacjenta opieką danej poradni, skierowanie ważne jest tak długo, jak długo utrzymuje się problem zdrowotny będący przyczyną wydania skierowania i jak długo lekarz specjalista prowadzący pacjenta wyznacza terminy kolejnych wizyt.

Wyjątkami są:

- skierowanie na leczenie uzdrowiskowe, które podlega weryfikacji co 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia;
- skierowanie na cykl zabiegów fizjoterapeutycznych; świadczeniobiorca obowiązany jest zarejestrować w zakładzie rehabilitacji nie później niż 30 dni od dnia jego wystawienia,
- skierowanie do szpitala psychiatrycznego, którego ważność wygasa po upływie 14 dni.

Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych, nie mogą być przyczyną odmowy przyjęcia lub niewpisania pacjenta na listę oczekujących.

Od 2015 roku wymagane jest skierowanie do dermatologa i okulisty wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Ważne! Pacjent, który w tym roku rejestruje się do poradni specjalistycznej, ma obowiązek dostarczyć oryginał skierowania (o ile jest ono wymagane), nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących.

- Termin liczony jest zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, tj.: do terminu nie jest wliczany dzień dokonania wpisu na listę oczekujących; termin kończy się z upływem ostatniego dnia; jeśli koniec terminu przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, termin upływa następnego dnia; w przypadku przesyłania skierowania pocztą - liczy się data nadania listu.
- Jeśli pacjent nie przyjdzie na wyznaczoną wizytę, zostanie skreślony z listy oczekujących, a świadczeniodawca zwraca mu oryginał skierowania.
- Pacjent nie zostanie skreślony z listy oczekujących, jeśli uprawdopodobni, że niezgłoszenie się na wizytę nastąpiło z powodu siły wyższej (powszechnie przyjęte rozumienie siły wyższej: zdarzenie nadzwyczajne, zewnętrzne i niemożliwe do zapobieżenia).
- Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia. Wniosek musi zawierać uzasadnienie przyczyny niestawienia się w ustalonym terminie.
- Pacjent w celu otrzymania danego świadczenia może się wpisać na listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Zasada ta dotyczy również świadczeń udzielanych bez skierowania oraz świadczeń onkologicznych.

Dane ze strony: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swadczeniach/>

7. Leczenie uzdrowiskowe

Leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego. Jeżeli w celu odzyskania sprawności po chorobie lub wypadku, albo z powodu choroby zawodowej wymagasz określonych zabiegów, które wykonywane są w uzdrowiskach, możesz skorzystać z tego rodzaju leczenia.

W uzdrowisku wykorzystywane są różne bogactwa naturalnych i czynniki fizyczne:

- wody mineralne,
- borowiny,
- bodźce klimatoterapeutyczne,
- hydroterapia;
- fizykoterapia,
- kinezyterapii.

W czasie pobytu w, w zależności od profilu uzdrowiska, a także od potrzeb i wskazań możesz skorzystać między innymi z:

- kąpeli leczniczych i ćwiczenia w basenach,
- kuracji pitnych i inhalacji,
- natrysków,
- biczków szkockich, masaży wodnych,
- zawijań i okładów,
- ciepłolecznictwa, światłolecznictwa, elektroterapii,
- ultradźwięków, magnetoterapii, laseroterapii,
- krioterapii,
- masażu leczniczego,
- gimnastyka indywidualnej i zbiorowej.

Ważne! Na leczenie uzdrowiskowe mogą być kierowani jedynie pacjenci wystarczająco sprawni, by odbyć podróż do uzdrowiska, samodzielni, zdolni do samoobsługi i korzystania z zabiegów leczniczych.

Czas trwania leczenia uzdrowiskowego

Świadczenia są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych.

Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym trwa **21** dni i jest bezpłatny. Pobyt dziecka trwa **27** dni.

Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym trwa **21** (dwadzieścia jeden) dni. Pobyt dziecka jest bezpłatny, natomiast pobyt osoby dorosłej jest częściowo odpłatny.

Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa **28** (dwadzieścia osiem) dni, jest bezpłatny.

Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa **28** (dwadzieścia osiem) dni, jest częściowo odpłatny.

Uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci trwa od **6** do **18** (od sześciu do osiemnastu) dni.

Skierowanie

E-skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, biorąc pod uwagę Twój aktualny stan zdrowia, brak wskazań lub istniejące przeciwwskazania oraz wpływ leczenia uzdrowiskowego na stan zdrowia. Jest to o tyle ważne, że leczenie uzdrowiskowe jest leczeniem bodźcowym i niektóre schorzenia mogą ulegać zaostrzeniu.

Po zarejestrowaniu w oddziale NFZ, skierowanie jest sprawdzane przez zatrudnionego w Funduszu lekarza specjalistę w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, który ocenia jego celowość i wskazuje rodzaj oraz miejsce leczenia uzdrowiskowego.

Jeżeli specjalista stwierdzi przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia - nie potwierdza skierowania. Zwracane jest ono wtedy lekarzowi, który je wystawił, a Ty otrzymasz informację o tym fakcie. Decyzja jest ostateczna i nie przysługuje od niej odwołanie.

Jeżeli zostanie ustalony termin leczenia, oddział wojewódzki NFZ poinformuje cię o tym fakcie przez Internetowe Konto Pacjenta (IKP), aplikację mojejIKP, a także w formie dokumentu papierowego przesłanego pocztą.

W przypadku osób dorosłych zalecane jest korzystanie z sanatoryjnego leczenia uzdrowiskowego oraz rehabilitacji w sanatorium uzdrowiskowym nie częściej niż raz na **18** (osiemnaście) miesięcy, jednak kolejne skierowanie może zostać złożone po upływie 12 miesięcy od zakończenia poprzedniego leczenia uzdrowiskowego.

Pracownicy zakładów, które stosowały w produkcji azbest*, zatrudnieni w tych zakładach w dniu 28 września 1997 roku lub przed tą datą, uprawnieni są do korzystania raz w roku kalendarzowym z leczenia uzdrowiskowego i są zwolnieni z odpłatności związanej z leczeniem uzdrowiskowym.

Dane ze strony: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/leczenie-uzdrowiskowe1/>

II. WYKAZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

1. Przychodnie i szpitale

- a) Poradnie/gabinety podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)
- b) Przychodnie specjalistyczne
- c) Szpitale i opieka całodobowa
- d) Leczenie w warunkach domowych
- e) Leczenie stomatologiczne
- f) Badania diagnostyczne

2. Nagła pomoc doraźna

- a) Pomoc medyczna w nagłych przypadkach
- b) Leczenie ambulatoryjne – pomoc doraźna
- c) Leczenie stomatologiczne – pomoc doraźna
- d) Izby przyjęć
- e) Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)

3. Apteki

- a) Realizacja recept refundowanych
- b) Zalecane szczepienia ochronne w aptece

4. Punkty zaopatrzenia

5. Programy profilaktyczne

6. Inne

- a) Programy lekowe
- b) Opieka koordynowana/kompleksowa
- c) Szybka ścieżka onkologiczna – diagnostyka i leczenie na podstawie karty DiLO
- d) Pozostałe świadczenia

Aktualne dane dotyczące świadczeniodawców usług medycznych znajdują się w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta w wyszukiwarce „Gdzie się leczyć?”. Jest to prosty sposób na uzyskanie listy miejsc, w których każdy pacjent może otrzymać pomoc medyczną w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Wyszukiwarka dostępna pod adresem: <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/>