

# PRAWIE WSZYSTKO O... AMBULATORYJNEJ OPIECE SPECJALISTYCZNEJ

■ z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych (świadczeń lekarza specjalisty) możesz skorzystać na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Skierowanie takie **nie jest wymagane** do lekarzy:

- ginekologa
- stomatologa
- dermatologa i wenerologa
- onkologa
- okulisty
- psychiatry

Skierowanie do specjalistów **nie jest wymagane także od:**

- osób chorych na gruźlicę
- osób zakażonych wirusem HIV
- inwalidów wojennych i wojskowych, osób rejonowanych oraz kombatantów
- cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych
- osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych (w zakresie leczenia odwykowego)
- uprawnionych żołnierzy lub pracowników (w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa)

■ skierowanie wystawione do lekarza specjalisty ważne jest **w trakcie całego procesu leczenia w ramach danej choroby**. Nie musisz więc odnawiać skierowania co rok. Zachowuje ono ważność aż do chwili, kiedy ustaje przyczyna jego wystawienia lub kiedy zmianie ulegnie rozpoznanie.

■ wypis ze szpitala **nie jest skierowaniem** do leczenia specjalistycznego! Jeżeli zatem po wyjściu ze szpitala wymagasz dalszego leczenia u specjalisty, udaj się do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego po stosowne skierowanie.

■ masz prawo wyboru lekarza specjalisty spośród tych świadczeniodawców, którzy **posiadają umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia**. Nie obowiązuje też rejonizacja, możesz zatem wybrać dowolną placówkę medyczną realizującą świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z NFZ.

■ jeśli chcesz dostać się do lekarza specjalisty, zobowiązany jesteś przedstawić **dowód ubezpieczenia zdrowotnego**, a więc Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub każdy inny ważny dokument, np. Legitymację Ubezpieczeniową. Często bywa, iż oprócz Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego przychodnie proszą także o okazanie ważnej Legitymacji Ubezpieczeniowej (lub innego dokumentu potwierdzającego objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym), warto taki dokument mieć więc przy sobie. Brak dowodu ubezpieczenia zdrowotnego nie może być jednak podstawą do odmowy udzielenia świadczenia **w stanie nagłym**.

■ w przychodni możesz się zarejestrować na podstawie zgłoszenia **osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej**.

■ w sytuacji, kiedy świadczenie nie może zostać udzielone w dniu twojego zgłoszenia się do poradni, świadczeniodawca ustawowo zobowiązany jest wpisać cię na prowadzoną zgodnie z kolejnością zgłoszeń **listę oczekujących (tzw. kolejki)**, kwalifikując jednocześnie do jednej z kategorii medycznych, jako:

- „**przypadek pilny**” – kiedy istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na stan zdrowia, który jednakże nie jest traktowany jako „stan nagły”

- „**przypadek stabilny**” – jeżeli nie jest to stan nagły ani przypadek, który zalicza się do kategorii „pilny”

**UWAGA!** pamiętaj o zachowaniu zasady, iż **wpisany możesz być na jedną tylko listę oczekujących**. Oznacza to, że kiedy rezygnujesz z wizyty u specjalisty lub kiedy chcesz zmienić lekarza bądź przychodnię, ustawowo zobowiązany jesteś do wypisania się z listy oczekujących, na której dotąd figurowałeś. Poinformuj zatem o tym fakcie przychodnię. Także w przypadku, kiedy z różnych nagłych przyczyn, osobistych lub medycznych, nie możesz stawić się u lekarza w wyznaczonym terminie. Powiadom świadczeniodawcę, który jednocześnie wyznaczy ci nowy termin wizyty.

■ prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej **poza kolejnością** mają:

- Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi
- Zasłużeni Dawcy Przeszczepu
- inwalidzi wojenni i wojskowi
- kombatanci
- uprawnieni żołnierze i pracownicy (w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami kraju)

■ w medycznie uzasadnionych przypadkach specjalista udzieli świadczeń w twoim domu. Po zgłoszeniu (telefonicznym lub bezpośrednim przez osobę trzecią) świadczeniodawca na podstawie uzyskanych wiadomości podejmuje decyzję o zasadności wizyty domowej i, w przypadku pozytywnej opinii, ustala termin wizyty.

■ badania diagnostyczne, które na podstawie wystawionego skierowania wykonasz w laboratorium lub pracowni **wskazanej przez lekarza**, są bezpłatne.

■ lekarz, który skieruje cię do specjalisty, zobowiązany jest do wykonania i dołączenia do skierowania wyników wszystkich niezbędnych badań diagnostycznych.

■ w przypadku, gdy konieczne jest wykonanie badań kontrolnych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowanie na te badania wystawia oraz pokrywa ich koszty lekarz specjalista.

■ specjalista, pod którego opieką medyczną przebywasz, po postawieniu diagnozy zobowiązany jest do **pisemnego poinformowania lekarza, który skierował cię na specjalistyczne leczenie, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym o czasookresie ich stosowania i sposobie dawkowania) oraz o wyznaczonych wizytach kontrolnych**.

#### Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z dnia 13 maja 2008 r. nr 81, poz. 484).
3. Zarządzenie nr 80/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z dnia 13 października 2005 r. nr 200, poz. 1661).

## UWAGA!

# ZMIANA ADRESU DELEGATURY W BIELSKU-BIAŁEJ

Przypominamy, że od dnia 1 lutego 2009 roku zmienił się adres siedziby Delegatury Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Sekcji Obsługi Ubezpieczonych w Bielsku-Białej.

Nowy adres placówki:

**Delegatura Śląskiego OW NFZ**  
ul. Dworkowa 2, 43-300 Bielsko-Biała  
telefon: 033 498 98 00, faks: 033 498 98 01

**Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego**  
oraz Europejskie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego  
telefon: 033 498 98 08

**Środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne**  
telefon: 033 498 98 12

## NOWE SEKCJE OBSŁUGI UBEZPIECZONYCH

Przypominamy także, że z początkiem roku oddano do dyspozycji mieszkańców Sosnowca oraz Raciborza nowe Sekcje Obsługi Ubezpieczonych.

Placówki te mieszczą się:

**Racibórz** ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz  
telefon: 032 417 01 73, telefon/faks: 032 417 01 75

**Sosnowiec** ul. Rzeźnicza 12a, 41-200 Sosnowiec  
telefon: 032 291 81 90, 032 291 81 91,  
032 291 81 92, 032 291 81 94  
faks: 032 291 81 95

### Jakie sprawy mogą załatwić w Sekcjach Obsługi Ubezpieczonych?

W Sekcjach Obsługi Ubezpieczonych możesz załatwić wszystkie sprawy związane z:

- ▶ elektronicznymi Kartami Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ)
- ▶ Europejskimi Kartami Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)
- ▶ środkami pomocniczymi i przedmiotami ortopedycznymi

**NFZ** | Narodowy Fundusz Zdrowia  
Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

[www.nfz-katowice.pl](http://www.nfz-katowice.pl) [www.nfz.gov.pl](http://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; 032 735 05 63; 032 735 05 13; 032 735 05 45

**Informacja dotycząca Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ)**  
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 18 00

#### Informacja dotycząca zasad wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) oraz dokumentów potrzebnych do jej otrzymania

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 18 87,  
032 735 18 78, 032 735 18 72

#### Informacja dotycząca zasad rozliczania (refundacji) kosztów leczenia poniesionych przez ubezpieczonych w krajach UE/EFTA

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. (0048) 032 735 16 73,  
032 735 15 67, 032 735 16 25

#### Informacja dotycząca planowego leczenia poza granicami kraju

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice,  
tel. 032 735 16 25, 032 735 16 73

#### 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