

Szanowni Państwo

Po wakacyjnej przerwie wznawiamy cykl naszych codwutygodniowych publikacji na łamach „Gazety”. Mając nadzieję, że zawarte w nich informacje będą dla Państwa przydatnym i cennym źródłem wiedzy, zapraszamy do lektury. Dzisiaj o tym, jak uzyskać skierowanie na rehabilitację, wszystko o kolejkach oczekiwania, a także o rehabilitacji domowej.

PRAWIE WSZYSTKO O... REHABILITACJI

ZANIM TRAFISZ DO SPECJALISTY

Jeśli nasz stan zdrowia wymaga konsultacji w poradni rehabilitacyjnej lub zmuszeni jesteśmy skorzystać z zabiegów fizjoterapii, uprawnia nas do tego skierowanie wystawione przez dowolnego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Oznacza to, że lecąc się u specjalisty nie musimy po skierowanie na rehabilitację udawać się do lekarza rodzinnego. Do samego specjalisty jednak dostaniemy się tylko wtedy, jeśli będziemy mieć ważne skierowanie od lekarza rodzinnego lub innego specjalisty, u którego właśnie się leczymy. Innymi słowy, potrzebujemy skierowania idąc do specjalisty, który wyda nam skierowanie do poradni rehabilitacyjnej bądź na zabiegi. Skierowanie takie może wystawić również lekarz rodzinny.

SKIEROWANIE DO SPECJALISTY

Skierowanie, które jest wystawiane na daną jednostkę chorobową (dolegliwość), jest ważne do momentu jego realizacji, a ważność traci w chwili, kiedy ustala przyczyna jego wystawienia. Jeżeli więc leczenie danego schorzenia przeciąga się, nie wymaga się odnawiania takiego skierowania.

Podobnie jest w przypadku leczenia chorób przewlekłych, kiedy po ustabilizowaniu stanu pacjenta powraca on pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, gdy jednak ma wyznaczone przez specjalistę wizyty kontrolne, również nie ma obowiązku ponownego okazywania skierowania.

Warto także wiedzieć, że w stanach nagłych świadczenia zdrowotne u specjalisty są udzielane bez wymaganego skierowania.

MAM SKIEROWANIE NA ZABIEGI I CO DALEJ?

Po konsultacji otrzymaliśmy skierowanie na rehabilitację. Teraz mamy trzydzieści dni, aby znaleźć placówkę zdrowotną, w której zarejestrujemy się na zabiegi. Jeżeli tego nie zrobimy przed upływem tego czasu, skierowanie straci swą ważność. Po zarejestrowaniu świadczeniodawca wyznaczy nam termin zabiegów. Pamiętajmy, że do placówki medycznej celem zarejestrowania się i wyznaczenia terminu badań lub zabiegów musimy zgłosić się osobiście.

GDZIE NA ZABIEGI?

Oczywiście najlepszym i najwygodniejszym rozwiązaniem jest udanie się do najbliższej względem miejsca zamieszkania placówki medycznej. Może się jednak okazać, że w kolejce oczekuje tam mnóstwo pacjentów, a czas oczekiwania na zabiegi jest niesłychanie długi. Co wtedy? Pamiętajmy, że obecnie nie obowiązuje rejonizacja. Warto więc pojechać do dalej położonej przychodni, w której na zabiegi dostaniemy się niemalże z marszu. O wykaz placówek, w których możemy zrealizować zlecenia na konkretne zabiegi, możemy pytać w swojej przychodni, a także w oddziale wojewódzkim NFZ. Tam również możemy uzyskać informacje o czasie oczekiwania na zabiegi.

JAK DŁUGO BĘDĘ OCZEKIWAĆ NA ZABIEGI?

Czas oczekiwania na zabiegi zależy od ilości zgłoszonych pacjentów w danej przychodni. Trzeba liczyć się z tym, iż w niektórych placówkach medycznych, zwłaszcza tych renomowanych, kolejki oczekujących mogą się znacznie wydłużyć.

KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH

Jeśli liczba pacjentów chętnych do skorzystania z zabiegów jest duża i świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia, placówka medyczna w myśl Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zobowiązana jest do tworzenia tzw. list oczekujących, czyli kolejek, według następujących zasad:

- o terminie udzielenia świadczenia decyduje świadczeniodawca (przychodnia), a świadczenia zdrowotne udzielane są na podstawie przedstawionego ważnego skierowania według kolejności zgłoszenia w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, przy czym niekompletne skierowania, z brakami nie mogą być przyczyną niewpisania na listę oczekujących, a wpisanie na tę listę powinno nastąpić w dniu zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy
- świadczeniodawca ma możliwość wcześniejszego, niż w ustalonym terminie, udzielenia świadczenia, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych i jeżeli tak zdecyduje lekarz na podstawie oceny aktualnego stanu zdrowia pacjenta oraz rękowań co do dalszego przebiegu choroby, a dopuszczalny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia ustalany jest indywidualnie w odniesieniu do ubezpieczonego
- listy oczekujących podlegają 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
 - zasadności i przyczyn zmian wyznaczonych terminów
- w przypadku wyznaczenia przez świadczeniodawcę odległego terminu realizacji świadczenia pacjent może wpisać się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy, jednakże z zachowaniem zasady, że wpisany jest tylko na jednej liście oczekujących u jednego świadczeniodawcy (art. 20 ust. 10 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)
- w przypadku nagłego pogorszenia zdrowia pacjenta, wymagającego uzyskania świadczeń we wcześniejszym terminie, odpowiednio koryguje się kolejkę oczekujących
- 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
- świadczeniodawca, umieszczając pacjenta na liście oczekujących, kwalifikuje go do jednej z następujących kategorii medycznych:
 - „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,
 - „przypadek stabilny” – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w paragrafie 2 ust. 1 pkt 1 lit. A Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku (Dz.U. 05.200.1661). Jednocześnie zgodnie z paragrafem 3 wyżej wymienionego Rozporządzenia świadczeniobiorcą zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Świadczeniodawca udziela ponadto świadczeń w trybie nagłym oraz w trybie leczenia planowego, co również uwzględnia się przy określaniu terminu udzielenia świadczenia.

Wskazanie terminu wykonania świadczenia polega na wskazaniu pacjentowi konkretnej daty (dzień, miesiąc, rok). Jeżeli okres oczekiwania na udzielenie świadczenia przekracza sześć miesięcy, licząc od daty wpisu na listę oczekujących, świadczeniodawca może wskazać termin udzielenia świadczenia z dokładnością do tygodnia (terminem wskazanym jest wtedy pierwszy dzień tygodnia, a więc poniedziałek), natomiast o dokładnym terminie realizacji świadczenia pacjent powinien zostać poinformowany w sposób skuteczny nie później niż na czternaście dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia.

PRZYCHODNIA NIE DOTRZYMUJE TERMINU PRZYJĘCIA PACJENTA LUB REALIZACJI ZABIEGU

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.

Natomiast kiedy pacjent z różnych przyczyn nie może stawić się u lekarza w wyznaczonym terminie lub z wizyty tej zrezygnował, przede wszystkim powinien jak najszybciej powiadomić o tym świadczeniodawcę. Czy w takim wypadku termin wizyty przepada?

- jeżeli nie zgłosimy się na zabiegi np. z powodu choroby, konieczności podjęcia innego leczenia lub wyjazdu do sanatorium, powinniśmy ponownie zgłosić się do lekarza, który zweryfikuje zasadność skierowania na badania lub zabiegi, stan naszego zdrowia mógł bowiem ulec zmianie, która stanowiłaby przeciwwskazanie do podjęcia takiego leczenia
- jeżeli nie stawimy się u świadczeniodawcy z powodów osobistych, wyznaczony termin traci ważność, przy czym świadczeniodawca powinien dokonać zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia. Oznacza to, że zostajemy wpisani na pierwsze wolne miejsce na liście oczekujących, czyli najczęściej... na koniec kolejki. W takiej sytuacji często też wymaga się od pacjenta ponownej wizyty u lekarza, który stwierdzi, czy nadal istnieją medyczne wskazania do podjęcia leczenia i rehabilitacji. Pamiętajmy bowiem, że jedynym kryterium decydującym o podjęciu rehabilitacji lub leczenia w poradni jest kryterium medyczne. W sytuacji, kiedy nie zjawimy się w wyznaczonym dniu i nie powiadomimy przychodni o przyczynie naszej nieobecności, zostajemy skreśleni z listy oczekujących, a to oznacza, że jeśli nadal będziemy chcieli skorzystać z leczenia, całą procedurę (a więc wizytę u lekarza, skierowanie, oczekiwanie na leczenie) trzeba po prostu powtórzyć.

Na podstawie:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 roku (Dz.U. 05.200.1661) Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 04.210.2135 ze zm.)

REHABILITACJA DOMOWA

CO TO TAKIEGO: porady lekarskie i zabiegi fizjoterapeutyczne oraz edukacja zdrowotna pacjenta i jego opiekunów, obejmująca naukę wykonywania ćwiczeń, udzielane w miejscu zamieszkania lub przebywania pacjenta.

DLA KOGO: dla ubezpieczonych, wymagających rehabilitacji bądź fizjoterapii, którzy ze względu na stopień niepełnosprawności nie mogą korzystać z rehabilitacji ambulatoryjnej; z zaburzeniami funkcji narządu ruchu, rękującymi poprawę, spowodowanymi m.in.:

- ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stany po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) do 12 miesięcy od zdarzenia
- ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego (5 stopień w skali Rankina)
- uszkodzeniem rdzenia kręgowego do 12 miesięcy od powstania uszkodzenia
- chorobami przewlekłymi postępującymi (np.: miopatia, rdzeniowy zanik mięśni, guzy mózgu, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba Parkinsona, zapalenia wielomięśniowe, kolagenozy itp.)
- chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu do 6 miesięcy po operacji
- urazami kończyn dolnych do 6 miesięcy po urazie
- osobom w stanie wegetatywnym/apalicznym (z wyjątkiem osób objętych opieką przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej)

JAK UZYSKAĆ REHABILITACJĘ DOMOWĄ: po otrzymaniu skierowania do poradni rehabilitacyjnej należy zgłosić się do placówki realizującej kontrakt z NFZ oraz ustalić termin wizyty lekarskiej w domu. Skierowanie straci ważność w przypadku, kiedy nie zarejestrujemy go w gabinecie lub zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii w terminie 30 dni od daty jego wystawienia. Lekarz specjalista poradni rehabilitacyjnej po wizycie podejmuje decyzję o leczeniu rehabilitacyjnym oraz ustala jego program.

Skierowanie do rehabilitacji w warunkach domowych – bezpośrednio na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach domowych (dla pacjentów zgodnie ze wskazaniami) – może, oprócz lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej, wystawić również lekarz specjalista w dziedzinie: balneologii i medycyny fizykalnej, reumatologii, neurologii lub ortopedii i traumatologii.

JAK PRZEBIEGA REHABILITACJA: przebieg rehabilitacji jest uzależniony od wskazań lekarskich. To lekarz określa częstotliwość (ilość) zabiegów w ciągu tygodnia. Program usprawniania realizowany jest przez fizjoterapeutę minimum trzy razy w tygodniu lub częściej, w zależności od potrzeb zdrowotnych pacjenta, nie krócej niż jedną godzinę dziennie.

JAK DŁUGO MOŻNA KORZYSTAĆ Z REHABILITACJI: czas rehabilitacji domowej wynosi do czterech tygodni, z możliwością powtarzania co dwanaście tygodni, w zależności od stanu zdrowia pacjenta. W przypadkach uzasadnionych NFZ finansuje przedłużoną rehabilitację w warunkach domowych. Przedłużenie rehabilitacji w warunkach domowych powyżej 16 tygodni w roku kalendarzowym możliwe jest po wcześniejszym uzyskaniu pisemnej zgody dyrektora oddziału Funduszu, po przedstawieniu uzasadnienia takiej konieczności.

CO DALEJ: w trakcie trwania rehabilitacji fizjoterapeuta współpracuje z pielęgniarką środowiskową, która po zakończeniu rehabilitacji przejmuje opiekę nad chorym. Po zakończeniu procesu usprawniania lekarz poradni rehabilitacyjnej informuje o wynikach leczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a kopia informacji zostaje umieszczona w dokumentacji pacjenta.

Na podstawie:

Zarządzenie nr 52/2008 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2008 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.



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 (KUZ)
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