

KWARTALNIK
WYDANIE III/2025 CZĘŚĆ 3

PORADNIK PRAWNY

POWIAT LUBELSKI

Zdrowie na emeryturze



WWW.POMOCPRAWNA.OIC.LUBLIN.PL
WWW.OIC.LUBLIN.PL
WWW.POWIAT.LUBLIN.PL



Spis treści

str. 03

Rehabilitacja osób starszych

Piotr Kaniowski

str. 04

Jak dostać się do sanatorium w ramach NFZ lub prywatnie - krok po kroku

Piotr Kaniowski

str. 06

Senior u lekarza

Piotr Kaniowski

str. 07

Program "Opieka 75+"

Piotr Kaniowski

str. 08

Pobyć seniora w szpitalu

Angelika Koman-Bednarczyk

Rehabilitacja osób starszych

Dla osób starszych dostępna jest szeroka gama form rehabilitacji finansowanych przez NFZ:

- ambulatoryjna – w poradni lub ośrodku rehabilitacyjnym,
- domowa – zabiegi bezpośrednio w miejscu zamieszkania,
- dzienna – pobyt w oddziale dziennym, bez noclegu,
- stacjonarna (uzdrowska) – pobyt w sanatorium lub oddziale leczniczym.

Każda forma ma swoje zasady, czas trwania i sposób ubiegania się o świadczenie.

1. Rehabilitacja ambulatoryjna (w poradni)

To zabiegi wykonywane w placówkach stacjonarnych (przychodniach, gabinetach rehabilitacji), do których pacjent przychodzi samodzielnie.

Kto może z niej skorzystać?

- Każda osoba ubezpieczona w NFZ z odpowiednim skierowaniem.
- Nie trzeba mieć orzeczenia o niepełnosprawności.

Przykładowe zabiegi:

- fizykoterapia (prądy, ultradźwięki, laser),
- kinezyterapia (ćwiczenia ruchowe),
- masaż leczniczy,
- krioterapia,
- hydroterapia.

Czas trwania:

- Cykl obejmuje do 10 dni zabiegowych,
- maksymalnie 5 zabiegów dziennie.

Jak się ubiegać?

1. Skierowanie od lekarza rodzinnego lub specjalisty.
2. Zgłoszenie się do wybranej poradni z kontraktem NFZ.
3. Rejestracja i oczekiwanie na wolny termin (czasem kilka tygodni).

2. Rehabilitacja domowa

- Dla pacjentów z ograniczoną mobilnością, którzy nie są w stanie dotrzeć do ośrodka.
- Konieczne jest orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (kod 05-R, 10-N itp.) lub inne przeciwwskazania do transportu.

Przykładowi pacjenci:

- po udarze mózgu,
- po amputacjach,
- z ciężkimi schorzeniami neurologicznymi (np. stwardnienie rozsiane, Parkinson),
- z dużymi zaburzeniami ortopedycznymi.

Co obejmuje?

- wizyty fizjoterapeuty w domu,
- do 5 zabiegów dziennie,
- do 80 dni zabiegowych rocznie (może być przedłużone).

Jak się ubiegać?

- Skierowanie z dopiskiem: „rehabilitacja w warunkach domowych”.
- Dokument potwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie).
- Wybór placówki z kontraktem NFZ świadczącej rehabilitację domową.
- Umawianie wizyt fizjoterapeuty.

3. Rehabilitacja dzienna (oddział dzienny)

Pacjent codziennie (lub kilka razy w tygodniu) przyjeżdża do ośrodka na zabiegi i wraca do domu – bez noclegu.

Przeznaczona dla osób:

- po zabiegach ortopedycznych (np. endoprotezoplastyka),
- z poważnymi schorzeniami, które nie wymagają hospitalizacji,
- z umiarkowaną sprawnością fizyczną.

Co zawiera?

- fizjoterapia indywidualna,
- zabiegi specjalistyczne,
- konsultacje lekarskie,
- edukacja zdrowotna.

Czas trwania:

- od kilku dni do kilku tygodni – ustalone indywidualnie.

Jak się ubiegać?

- Skierowanie od lekarza (POZ lub specjalisty).
- Zgłoszenie się do oddziału dziennego (lista dostępna w oddziale wojewódzkim NFZ).

4. Rehabilitacja stacjonarna (szpitalna lub sanatoryjna)

Dla kogo?

- Dla osób wymagających intensywnej opieki i nadzoru medycznego.
- Najczęściej po hospitalizacji, operacji, udarze, złamaniu, zawałach.

Miejsce realizacji:

- oddziały rehabilitacyjne w szpitalach,
- sanatoria lecznicze,
- centra rehabilitacyjne.

Czas trwania:

- 2–6 tygodni, w zależności od wskazań.

Jak się ubiegać?

- Skierowanie z placówki szpitalnej lub od specjalisty.
- Czas oczekiwania zależny od regionu – od kilku tygodni do kilku miesięcy.

5. Rehabilitacja uzdrowskowa (sanatorium z NFZ)

Dla kogo?

- Dla osób przewlekle chorych, z chorobami układu ruchu, krążenia, oddechowego itd.
- Wymaga skierowania, które musi zostać zatwierdzone przez NFZ.

Co obejmuje?

- minimum 3 zabiegi dziennie,
- konsultacje lekarskie,
- pełne wyżywienie i nocleg (częściowo płatne).

Czas trwania:

- 21 dni (leczenie),
- 28 dni (rehabilitacja poszpitalna),
- czas oczekiwania: od kilku miesięcy do 2–3 lat.

Kto wystawia skierowania na rehabilitację?

- Lekarz POZ (rodzinny),
- Lekarze specjaliści (ortopeda, neurolog, reumatolog, kardiolog itd.),
- Lekarze szpitalni (po hospitalizacji),
- Lekarz rehabilitacji medycznej.

Kolejność świadczeń:

- Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności, honorowani kombataneci, inwalidzi wojenni – mają prawo do rehabilitacji poza kolejnością.

Koszt rehabilitacji:

- W ramach NFZ – bezpłatna, ale może być konieczna opłata za dojazd, prywatne badania lub dodatkowe usługi.
- Prywatnie – od ok. 70 zł za zabieg do kilku tysięcy za turnus rehabilitacyjny.

Jak dostać się do sanatorium w ramach NFZ lub prywatnie – krok po kroku

Pobyt sanatoryjny z NFZ to forma leczenia uzdrowskowego, finansowana w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przysługuje osobom, które mają wskazania zdrowotne i są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym.

Kto może skorzystać z sanatorium z NFZ?

- Osoby ubezpieczone w NFZ (w tym emeryci, renciści, pracujący, rolnicy, uczniowie)
- Osoby z chorobami przewlekłymi, po operacjach, zmagające się z ograniczeniami ruchowymi, chorobami serca, układu oddechowego, reumatycznymi, metabolicznymi itd.
- Warunkiem jest skierowanie od lekarza.

Krok 1: Zdobyć skierowania

- Skierowanie może wystawić lekarz POZ lub specjalista – w formie e-skierowania przesyłanego automatycznie do NFZ.
- W wyjątkowych sytuacjach możliwe jest skierowanie papierowe (np. bez dostępu do internetu lub przy wyjazdach zagranicznych).
- Skierowanie powinno zawierać pełny opis stanu zdrowia, wyniki badań (morfologia, OB, EKG, RTG, itd.) i ewentualnie kartę informacyjną ze szpitala.

Krok 2: Złożenie skierowania

- E-skierowanie trafia automatycznie do wojewódzkiego oddziału NFZ. Skierowania papierowe można dostarczyć osobiście lub pocztą – muszą wpłynąć w ciągu 30 dni od wystawienia, inaczej tracą ważność.

Krok 3: Ocena formalna i medyczna

- NFZ rejestruje skierowanie, nadaje numer i zleca ocenę specjalście z zakresu balneoklimatologii lub rehabilitacji.
- Czas oceny to do 30 dni (może być wydłużony o kilka dni przy prośbie o dodatkową dokumentację).

Krok 4: Decyzja i miejsce leczenia

- O zakwalifikowaniu lub odmowie NFZ informuje pacjenta (listownie lub przez IKP). Decyzja o skierowaniu jest ostateczna – brak możliwości odwołania.
- NFZ wskazuje sanatorium i termin. Pacjent powinien być powiadomiony najpóźniej 14 dni przed wyjazdem
- Można monitorować status skierowania (numer, miejsce w kolejce, termin) online przez portal NFZ.

Krok 5: Czas oczekiwania

- Średni czas oczekiwania to od 12–30 miesięcy, choć bywa krótszy w trybie pilnym (np. poszpitalnym)
- Można próbować przyspieszyć wyjazd, dzwoniąc do NFZ lub pytając o tzw. „zwroty”.

Krok 6: Pobyt w sanatorium

- Standardowy turnus trwa 21 dni.
- W cenie: opieka medyczna, zabiegi (co najmniej 3 dziennie), badania wstępne i końcowe, posiłki dietetyczne, recepty – NFZ pokrywa koszty zabiegów i opieki.
- Pacjent odpowiada za koszty zakwaterowania, wyżywienia, dojazdu i ewentualnych opłat dodatkowych (klimatyczne, opiekun).

Najczęstsze pytania

Czy można jechać drugi raz?

Tak, ale:

- najwcześniej po 18 miesiącach od zakończenia poprzedniego turnusu (liczy się data wyjazdu),
- konieczne jest nowe skierowanie.

Czy można odmówić przyznanego terminu?

Tak, ale należy to zgłosić pisemnie. Możesz odmówić tylko raz bez utraty skierowania.

Czy trzeba być całkowicie zdrowym, by pojechać?

Nie, ale są przeciwwskazania – np. nowotwory w aktywnej terapii, świeży zawał, ostra niewydolność serca, choroby zakaźne itd.

Podsumowanie:

Skierowanie	Wymagane (od POZ lub specjalisty)
Czas oczekiwania	12–30 miesięcy
Koszt zabiegów i opieki	Pokrywa NFZ
Koszt noclegu i wyżywienia	Częściowo pokrywa pacjent
Możliwość odmowy	Tak, ale tylko 1 raz
Czas trwania turnusu	21 dni (leczenie), 28 dni (rehabilitacja)
Kto wystawia skierowanie	Lekarz POZ lub specjalista
Dostępność miejsc	Ograniczona, przydzielane przez NFZ

Przykładowe sanatoria i ich specjalizacje

W ramach NFZ (wg województw i profili)

- Dolnośląskie: m.in. CzarniawaZdrój (oddech, ortopedia, reumatologia), PolanicaZdrój, ŚwieradówZdrój – różne profile schorzeń
- PolanicaZdrój: ortopedia, reumatologia, układ krążenia, górne drogi oddechowe, układ trawienia.
- Polańczyk: szeroki zakres – pulmonologia, kardiologia, neurologia, reumatologia, cukrzyca
- PołczynZdrój: ginekologia, ortopedia, neurologia, otyłość, osteoporoza
- RabkaZdrój: pulmonologia, ortopedia, reumatologia, kardiologia, cukrzyca, otyłość
- SolecZdrój, Sopot, RymanówZdrój – różnorodne schorzenia (dermatologia, neurologia, kardiologia, itp.)



Prywatne, polecane sanatoria

- Helios w KrynicyZdroju – układ krążenia, oddechowy, reumatologiczny.
- Willa Anna w ŚwieradowieZdroju – układ ruchu, krążenia, nerwowy.
- Pod Tężniami w Ciechocinku – oddechowy, reumatologiczny, krążenia.

Ceny za tygodniowy turnus w przypadku prywatnego wyjazdu wahają się od ok. 1000 zł do 3000 zł, a za pełne 14 dni (najpopularniejsza opcja) – od 2000 zł do 6000 zł.

Pakiety lecznicze – przykładowe oferty

Sanatorium Uzdrowskie "Pod Tężniami", Ciechocinek

- 14 dni, pokój 2-os. standard – od 3450 zł
- W cenie: 3 posiłki, 3 zabiegi dziennie, opieka medyczna, dostęp do strefy wellness

Uzdrowsko Ustroń (Grupa American Heart of Poland)

- 7 dni, pakiet "Serce" – od 2850 zł
- W cenie: zabiegi kardiologiczne, echo serca, EKG, dieta niskotłuszczowa, rehabilitacja

Uzdrowsko Łądek-Zdrój

- 14 dni "Reumatologia" – ok. 2900 zł
- Zabiegi borowinowe, krioterapia, hydroterapia

Uzdrowsko Świeradów-Zdrój

- 7 dni z zabiegami kręgosłupa – od 1900 zł
- Codzienna gimnastyka, masaże, elektroterapia

Co zawiera standardowy pakiet prywatny?

- 2–4 zabiegi dziennie (dostosowane do schorzenia)
- Konsultacja wstępna z lekarzem
- 3 posiłki dziennie (często diety lecznicze)
- Nocleg w pokoju 1- lub 2-osobowym
- Ubezpieczenie NNW i opieka medyczna

Senior u lekarza

Polskie społeczeństwo starzeje się, co oznacza rosnące zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną dostosowaną do potrzeb osób starszych. Seniorzy, szczególnie ci po 75. roku życia, mają w Polsce szereg przywilejów i praw związanych z dostępem do świadczeń medycznych oraz leków refundowanych. Warto je znać, by móc w pełni korzystać z dostępnego wsparcia.

Leki refundowane to preparaty, za które część (lub całość) kosztów pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Lista tych leków jest ustalana przez Ministerstwo Zdrowia.

Aktualna lista leków refundowanych znajduje się na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-refundacyjne>

Lista ta jest aktualizowana co dwa miesiące (styczeń, marzec, maj, lipiec, wrzesień, listopad), dlatego warto ją regularnie sprawdzać.

Z leków refundowanych może korzystać każda osoba ubezpieczona w NFZ. Jednak seniorzy powyżej 75. roku życia mają dodatkowe przywileje:

Dla seniorów po ukończeniu 75 lat przysługuje prawo do leków z tzw. listy "S" – są to leki bezpłatne, o ile są przepisywane na konkretne schorzenia ujęte w wykazie.

Receptę z oznaczeniem "S" może wystawić:

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- lekarz specjalista w ramach NFZ (jeśli posiada dostęp do dokumentacji pacjenta),
- pielęgniarka (z odpowiednimi uprawnieniami),
- lekarz upoważniony przez ZUS lub KRUS,
- lekarz prywatnie, ale tylko wtedy, gdy ma dostęp do systemu PI (Platformy PIKUZ) i potwierdzi wiek oraz chorobę.

Oznaczenie „S” na receptce oznacza, że pacjent jest uprawniony do bezpłatnych leków.

Lekarz może odmówić wypisania recepty z oznaczeniem „S”, jeśli nie ma podstaw medycznych do przepisania danego leku lub nie jest w stanie zweryfikować prawa pacjenta do refundacji (np. brak odpowiedniej dokumentacji). Jednocześnie lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o przyczynach odmowy.

Każdy pacjent ma prawo do obecności osoby bliskiej (np. dziecka, małżonka, opiekuna) podczas wizyty u lekarza – zarówno w gabinecie POZ, jak i w szpitalu. Lekarz może odmówić obecności osoby trzeciej tylko w szczególnych przypadkach, np. jeśli zagraża to zdrowiu lub bezpieczeństwu. Oczywiście obecność osoby bliskiej jest możliwa tylko za pełną zgodą pacjenta.

Z kolei dostęp do dokumentacji medycznej może mieć wyłącznie pacjent lub osoba upoważniona przez pacjenta. W przypadku seniora:

- Można upoważnić członka rodziny do wglądu w dokumentację, np. podpisując stosowne oświadczenie w przychodni lub szpitalu.
- W razie braku upoważnienia, nawet bliscy (dzieci, małżonek) nie mają automatycznego dostępu do dokumentacji.

Warto zadbać o to wcześniej – wielu seniorów upoważnia dzieci do kontaktów z lekarzami i placówkami.

Inne ważne kwestie dotyczące opieki zdrowotnej seniorów

1. Transport medyczny

Osobom starszym z ograniczoną mobilnością może przysługiwać transport sanitarny refundowany przez NFZ, np. na zabiegi, dializy, czy wizyty u specjalistów. Wystawia go lekarz prowadzący.

2. Domowa opieka medyczna

W przypadku osób niesamodzielnych możliwe jest korzystanie z domowej opieki pielęgniarstwa oraz lekarza POZ w domu pacjenta – wymaga to decyzji lekarza rodzinnego.

3. Profilaktyka 60+ i 70+

NFZ oraz Ministerstwo Zdrowia prowadzą programy profilaktyczne dla seniorów, np.:

- badania przesiewowe w kierunku nowotworów,
- bezpłatne szczepienia (np. przeciw grypie, COVID-19),
- program „Profilaktyka 40+”, który obejmuje także osoby starsze.

4. Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta, seniorom przysługuje im m.in.:

- prawo do świadczeń zdrowotnych poza kolejnością – dotyczy to:
 - świadczeń ambulatoryjnych (wizyty u lekarza),
 - świadczeń szpitalnych (przyjęcie na oddział),
 - zaopatrzenia w wyroby medyczne.

5. Seniorzy mogą mieć refundowane lub bezpłatne wyroby medyczne, np.:

- pieluchomajtki, wkładki urologiczne,
- ortozy, wózki inwalidzkie,
- sprzęt stomijny,
- laski, balkoniki, kule, protezy.

Aby uzyskać refundację, konieczne jest zlecenie wystawione przez lekarza (np. POZ lub specjalistę), które trzeba potwierdzić w oddziale NFZ (często odbywa się to automatycznie przez system).

6. Dla seniorów przewlekle chorych lub umierających przysługuje:

- domowa opieka długoterminowa pielęgniarstwa – realizowana w domu pacjenta przez pielęgniarkę,
- hospicjum domowe lub stacjonarne – opieka paliatywna dla osób w terminalnym stanie choroby.

Wymagane jest skierowanie od lekarza.

Program "Opieka 75+"

Celem programu jest zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, dla osób w wieku 75 lat i więcej, które są osobami samotnymi lub są osobami samotnie gospodarującymi, a także tych, które pozostają w rodzinie.

Program w roku 2025 jest realizowany w terminie od dnia 1 stycznia 2025 r. do dnia 31 grudnia 2025 r. i jest adresowany do gmin liczących do 60 tys. mieszkańców, zarówno miejskich, wiejskich, jak i miejsko – wiejskich.

Gminy, które przystępują do realizacji programu uzyskują finansowe wsparcie do 60% przewidywanych kosztów realizacji ich zadania własnego o charakterze obowiązkowym wynikającym z ustawy o pomocy społecznej, w zakresie realizacji usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób spełniających kryteria określone w programie.

Adresatami pośrednimi programu są osoby w wieku 75 lat i więcej, które są osobami samotnymi, samotnie gospodarującymi, a także które pozostają w rodzinie.

W ramach programu gmina może skorzystać z dofinansowania ze środków budżetu państwa na świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, jeżeli:

1) dane świadczenie realizuje samodzielnie tj. przez pracowników ośrodka pomocy społecznej/centrum usług społecznych, urzędu gminy lub innych gminnych jednostek organizacyjnych (zatrudnionych na umowę o pracę lub w ramach umowy zlecenia) lub

2) zleca realizację przedmiotowego zadania organizacjom pozarządowym lub

3) kupuje usługi opiekuńcze od podmiotów sektora prywatnego.

Program „Opieka 75+” został uruchomiony w 2018 roku przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Jego celem było odpowiedzenie na wyzwania demograficzne i wsparcie osób starszych – zwłaszcza samotnych lub samotnie gospodarujących – poprzez dofinansowanie usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania.

Efekty i wnioski z kolejnych z poprzednich edycji:

- 2018: pierwszy rok programu – budżet ok. 4,3 mln zł, objęto nim 394 gminy i około 2,8 tys. seniorów
- 2021: program rozszerzony – budżet niemal 22,5 mln zł, dotarł do 570 gmin i 9,4 tys. osób
- 2022: budżet przekroczył 38 mln zł, wsparcie otrzymało 616 gmin i ponad 9,5 tys. seniorów
- 2023: środki zwiększone do 58 mln zł, szacowano, że skorzysta około 11 tys. osób.

Wnioski z realizacji programów wskazują na rosnące zapotrzebowanie na wsparcie seniorów, skuteczność w zwiększaniu zasięgu usług oraz potrzebę dalszej współpracy między rządem a samorządami.

Program „Opieka 75+” konsekwentnie rozszerza swój zasięg i skalę – zarówno finansową, jak i terytorialną. Od skromnych początków w 2018 roku, dziś wspiera tysiące seniorów, przyczyniając się do poprawy jakości ich życia oraz odciążenia opiekunów rodzinnych.



Pobyt seniora w szpitalu

Starzenie się społeczeństwa jest faktem – według danych Głównego Urzędu Statystycznego osoby powyżej 65. roku życia stanowią już ponad 20% populacji Polski. Wraz z wiekiem rośnie zapotrzebowanie na opiekę medyczną, a hospitalizacje stają się częstym elementem życia seniorów. Pobyt w szpitalu, nawet krótki, może być dla osoby starszej źródłem stresu i dezorientacji, dlatego ważne jest, żeby znać swoje prawa. Poniżej znajdziesz najważniejsze informacje.

Do czego masz prawo?

- Prawo do informacji o swoich prawach. Taka informacja powinna być umieszczona w miejscu ogólnodostępnym, a w przypadku pacjentów, którzy nie mogą się poruszać – w pomieszczeniu, w którym znajduje się pacjent.
- Prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez podmiot leczniczy, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.
- Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych. To Ty wyrażasz zgodę na przeprowadzenie badania. Zawsze możesz się nie zgodzić na dane świadczenie zdrowotne lub zażądać zaprzestania jego udzielania. Wyrażasz osobną zgodę na pobyt w szpitalu oraz osobną na wszystkie inne badania i świadczenia medyczne. Zgoda może być wyrażona zarówno ustnie, pisemnie lub poprzez zachowanie, które nie budzi wątpliwości co do podjętej przez Ciebie decyzji. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko mające wpływ na stan Twojego zdrowia lub na Twoje życie wymagana jest pisemna zgoda.

- Prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej. Przysługuje Ci prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Udzielanie pomocy medycznej oraz związane z tym procedury muszą być zgodne z aktualnymi standardami wiedzy medycznej. Masz prawo do leczenia w szpitalu na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, również takiego, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego. W sytuacjach nagłych, zagrażających życiu, masz prawo do natychmiastowej pomocy medycznej, nawet bez skierowania. Możesz żądać, aby lekarz, udzielający Ci świadczeń zdrowotnych, skonsultował się z innym lekarzem lub zwołał konsylium lekarskie. Lekarz ma prawo odmówić takiej konsultacji jeżeli uzna to za bezzasadne, przy czym zarówno żądanie oraz jego odmowa muszą zostać odnotowane w dokumentacji medycznej. Zasada ta odnosi się również do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę.
- Prawo do bezpłatnych środków farmaceutycznych i materiałów medycznych. Personel medyczny nie może prosić Cię o zaopatrzenie się w jakiegokolwiek materiały medyczne podczas Twojego pobytu w szpitalu.
- Prawo do bezpłatnego transportu sanitarnego, w tym lotniczego do najbliższego podmiotu, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz z powrotem, na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Transport sanitarny przysługuje Ci w nagłych przypadkach wymagających leczenia w placówce medycznej, dla zapewnienia ciągłości leczenia oraz gdy schorzenia narządu ruchu uniemożliwiają Ci korzystanie z transportu publicznego.



- Prawo do poszanowania godności i intymności. Podczas udzielania Ci pomocy medycznej obecne mogą być wyłącznie osoby niezbędne ze względu na rodzaj wykonywanego świadczenia. Udział innych osób – również tych wykonujących zawód medyczny lub studentów uczelni medycznych możliwy jest tylko za zgodą pacjenta i lekarza, który udziela świadczenia medycznego. W klinikach oraz w szpitalach uczelni medycznych studenci często są obecni przy badaniach oraz zabiegach medycznych w celach dydaktycznych. Lekarz jednak jest zobowiązany do zapewnienia, aby liczba studentów i ich zachowanie nie naruszały Twojego prawa do intymności. Masz prawo poprosić by udzielenie świadczenia odbywało się bez obecności studentów. Ponadto, lekarz nie powinien omawiać Twojego stanu zdrowia oraz zadawać Ci intymnych pytań w obecności innych pacjentów. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. W przypadku stanu terminalnego, masz prawo do świadczeń zdrowotnych, które złagodzą ból i zmniejszą inne cierpienia.
- Prawo do wyczerpującej i zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia. Masz prawo uzyskać od lekarza pełną i zrozumiałą informację o Twoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach dla Twojego zdrowia i życia, a także zastosowania albo zaniechania określonych czynności medycznych. Obowiązkiem lekarza jest wyjaśnienie na czym będą polegały przeprowadzane zabiegi i badania oraz w jakim celu będziesz przyjmował dany lek. Przysługuje Ci prawo do informacji o wynikach przeprowadzonych badań. Jeśli dane świadczenie wiąże się z dodatkowymi kosztami, lekarz powinien to wyraźnie zaznaczyć.
- Możesz wypisać się ze szpitala na własne żądanie. Wcześniej jednak lekarz ma obowiązek poinformować w sposób zrozumiały i nie budzący wątpliwości o przewidzianych konsekwencjach dla Twojego zdrowia i życia, związanych z zaprzestaniem leczenia szpitalnego.



- Prawo do poszanowania Twojego życia prywatnego i rodzinnego. Przysługuje Ci prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Masz także prawo do odmowy jakiejkolwiek formy kontaktu. Prawo do kontaktu i odwiedzin bliskich, może być ograniczone jedynie w wyjątkowych sytuacjach, np. zagrożenia epidemicznego, z zachowaniem wymogów regulaminu danego szpitala. Każda placówka samodzielnie ustala godziny odwiedzin, dlatego należy zapoznać się z jej regulaminem lub zapytać personel medyczny. Masz również prawo do uzyskania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej ze strony osób przez Ciebie wskazanych. Skorzystanie z takiej pomocy nie zwalnia personelu medycznego z nadzoru nad prawidłową opieką nad Tobą i troski o nią. Warto jednak wcześniej ustalić, jaką opiekę pielęgnacyjną będzie wykonywała osoba przez Ciebie wskazana, a jaką personel medyczny. Koszty wynikające z takiej dodatkowej opieki pokrywasz samodzielnie. Informacja o ich wysokości i zasadach naliczania musi być dostępna i jawna w danej placówce medycznej.
- Prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej Twojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych. Po zakończonym leczeniu szpitalnym powinieneś otrzymać kartę informacyjną dotyczącą rozpoznania choroby, wyników badań, zastosowanego leczenia, terminów wykonanych zabiegów, dalszych wskazań, czasu zwolnienia od pracy, adnotacji o zapisanych lekach oraz terminach planowanych konsultacji. Możesz upoważnić do uzyskania informacji tych informacji dowolnie wybraną osobę. Takie upoważnienie powinno zawierać: miejscowość i datę, Twoje dane (imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL), dane osoby upoważnionej (imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr dowodu tożsamości) oraz twój wyraźny podpis).

- Istnieje możliwość udzielenia upoważnienia ustnie w placówce medycznej w obecności pracownika tej placówki, który odnotowuje to w dokumentacji medycznej. Osoba upoważniona, aż do czasu odwołania upoważnienia może w dowolnym momencie zasięgnąć informacji o stanie zdrowia pacjenta, także wtedy, gdy trafisz do szpitala nieprzytomny lub utracisz przytomność w trakcie hospitalizacji. Jeżeli upoważnienie zostało złożone w innej placówce medycznej osoba upoważniona powinna udać się do tej placówki i uzyskać jego kopię, po to by następnie przedłożyć ją w szpitalu, w którym przebywasz. Jest to niezbędne dla wykazania, że dana osoba ma prawo do uzyskania informacji o Twoim stanie zdrowia. Problem może pojawić się, jeśli wcześniej nie upoważniłeś nikogo do informacji o swoim stanie zdrowia a znajdziesz się w stanie nieprzytomności. Przepisy prawa zabezpieczają także taką sytuację. Zgodnie z art. 31 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli jesteś nieprzytomny to lekarz udziela informacji osobie bliskiej. Zgodnie z przyjętą definicją prawną osobą bliską jest m.in. – przedstawiciel ustawowy, małżonek, dzieci, rodzice, osoby pozostające we wspólnym pożyciu. Osoba taka powinna skontaktować się z lekarzem, wskazać, że jest osobą bliską dla Ciebie i że chce uzyskać informację o Twoim stanie zdrowia. Warto również pamiętać, że informacje te można uzyskać również telefonicznie. Osoba dzwoniąca powinna przekazać lekarzowi wiadomości niezbędne do tego, aby wykazać, że jest osobą upoważnioną lub osobą bliską. Placówka medyczna nie powinna automatycznie odmawiać udzielenia informacji tą drogą, tylko z tego powodu, że nie ma bezpośredniego kontaktu z osobą dzwoniącą.
- Masz prawo do opieki duszpasterskiej. Jeżeli Twój stan zdrowia ulega pogorszeniu lub istnieje zagrożenie dla Twojego życia, stacjonarny podmiot leczniczy (np. szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej, sanatorium) ma obowiązek zapewnić Ci możliwość kontaktu z duchownym Twojego wyznania. Koszty realizacji tego prawa ponosi podmiot leczniczy.
- Masz prawo nie wyrazić zgody na bycie dawcą organów lub tkanek po swojej śmierci. W Polsce obowiązuje zasada domniemanej zgody na transplantację, co oznacza, że jeśli nie zgłosisz sprzeciwu, twoje narządy mogą zostać pobrane. Jeśli nie chcesz, aby po Twojej śmierci pobrano od Ciebie organy lub tkanki, powinieneś za życia wyrazić sprzeciw poprzez:
 - wpis w centralnym rejestrze zgłoszonych sprzeciwów;
 - oświadczenie pisemne z własnoręcznym podpisem;
 - oświadczenie ustne złożone w obecności co najmniej dwóch świadków,
 - pisemnie przez nich potwierdzone.
- Prawo do niewyrażenia zgody na przeprowadzenie sekcji zwłok po swojej śmierci. Pisemny sprzeciw powinien zawierać: Twoje dane, datę i miejsce sporządzenia pisma oraz oświadczenie woli, z którego wynika, że po śmierci wyrażasz sprzeciw wobec sekcji zwłok, a także własnoręczny, czytelny podpis. Sprzeciw należy przekazać lekarzowi prowadzącemu do dokumentacji medycznej prowadzonej w szpitalu.
- Prawo do dochodzenia swoich praw. W przypadku naruszania Twoich praw pomoc możesz uzyskać, zgłaszając się do Rzecznika Praw Pacjenta, kierownika podmiotu leczniczego, samorządów zawodów medycznych czy Rzecznika Praw Obywatelskich. Masz również prawo zadzwonić na Ogólnopolską Informację Pacjenta 800 190 590. Jest to numer obsługiwany przez pracowników NFZ oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Masz także możliwość wystąpienia do sądu powszechnego (cywilnego) z roszczeniem o wynagrodzenie poniesionej szkody i zadośćuczynienie za doznaną krzywdę, a także do zakładu ubezpieczeń, z którym dana placówka medyczna lub osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego zawarła umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Wreszcie, w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa, masz prawo zgłosić się do odpowiednich organów ścigania



SKORZYSTAJ Z BEZPŁATNYCH PORAD PRAWNYCH

WWW.POMOCPRAWNA.OIC.LUBLIN.PL

WWW.OIC.LUBLIN.PL

WWW.POWIAT.LUBLIN.PL

