

## INFORMACJE DLA PACJENTÓW

### Zasady zapisów na porady i wizyty z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych:

Aby zapisać się na poradę i wizytę pacjent może zarejestrować się osobiście, telefonicznie, elektronicznie lub za pośrednictwem osoby trzeciej w Rejestracji Szpitala. Zgłaszając się do wybranego świadczeniodawcy, pacjent powinien przedstawić – oprócz potwierdzenia prawa do świadczeń – ważne skierowanie i PESEL. Skierowanie jest 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.

Skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.

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 specjalistycznego, skierowanie powinien wystawić lekarz prowadzący pacjenta (powinno zostać wydane pacjentowi wraz wypisem ze szpitala lub dołączone do karty informacyjnej).

Należy pamiętać, że na podstawie jednego skierowania pacjent może się zarejestrować tylko w jednej placówce udzielającej świadczeń w danym zakresie!

Skierowanie **nie jest potrzebne** do następujących lekarzy specjalistów:

\* ginekologa i położnika, \* onkologa, \* psychiatry, \* wenerologa, \* dentyści.

### Skierowanie wystawia:

- na badania diagnostyczne, świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenie uzdrowiskowe, 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. rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa) – 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);

Lekarz **POZ**, w ramach badań kosztochłonnych, może kierować chorych na kolonoskopię i gastrokopię.

- Na leczenie szpitalne – każdy lekarz. Nie musi być to lekarz ubezpieczenia zdrowotnego!
- Na leczenie uzdrowiskowe – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz z poradni specjalistycznej, lekarz prowadzący w czasie leczenia szpitalnego).
- Na transport sanitarny – zlecenie wystawia lekarz/felczer ubezpieczenia zdrowotnego.
- Na transport sanitarny w POZ – zlecenie wystawia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarz POZ, kierujący pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala, zobowiązany jest dołączyć do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Świadczenia udzielone pacjentowi bez skierowania – poza wymienionymi przypadkami – nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a ich koszty mogą obciążyć pacjenta.

### Kto poza kolejnością - Uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej :

- kobiety w ciąży (od 01.01.2017)
- świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a (świadczeniobiorcy do 18 r.ż., u których stwierdzono ciężki i nieodwracalny upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, przepis wszedł w życie 01.01.2017) i 1b (osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby, przepis wszedł w życie 01.07.2018)
- osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1 (Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi i Zasłużeni Dawcy Przeszczepu)
- inwalidzi wojenni i wojskowi
- żołnierze zastępczej służby wojskowej
- cywilne niewidome ofiary działań wojennych
- Kombatanci
- działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych (od 31.08.2017)
- osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby (od 01.07.2018)
- osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich (od 30.10.2018)
- uprawnieni żołnierze i pracownicy oraz weterani poszkodowani, których ustalony uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30% (od 11.10.2019)
- dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19 – na podstawie zaświadczenia, w czasie stanu zagrożenia epidemiologicznego lub stanu epidemii, czyli od 14 marca 2020 r. (od 26.01.2021)
- żołnierze zawodowi w przypadku korzystania ze świadczeń w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych (od 23.04.2022)
- żołnierze pełniący terytorialną służbę wojskową w przypadku korzystania ze świadczeń w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych (od 23.04.2022)
- osoby, które legitymują się zaświadczeniem, o którym mowa w art. 67zb ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez okres wskazany w tym zaświadczeniu, nie dłużej niż 5 lat od dnia wydania zaświadczenia (dotyczy osób, którym przyznano świadczenie kompensacyjne z tytułu szkód wynikających ze zdarzeń medycznych, przepis wszedł w życie 06.09.2023)

### Tryb składania skarg i wniosków:

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w funkcjonowaniu Szpitala pacjent na prawo:

- Zwrócić się z wnioskiem lub skargą do bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczenie (ordynatora, oddziałowej),
- Zwrócić się z wnioskiem lub skargą do Dyrektora Szpitala lub Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
- Przekazać wniosek lub skargę w formie pisemnej w Sekretariacie Dyrekcji Szpitala od poniedziałku do piątku w godzinach 07:00-15:00

Wszelkie skargi i wnioski rozpatrywane są w terminie do 30 dni. Skarga pisemna, która nie zawiera imienia i nazwiska oraz adresu osoby, która ją wniosła, nie zostanie rozpatrzona.

Ponadto pacjent, którego prawo do ochrony zdrowia nie jest realizowane w sposób dla niego zadowalający, może zwrócić się do:

- Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Białymstoku – Sekcja Skarg i Wniosków - 85/74 59 531
- Biura Rzecznika Praw Pacjenta - 800 - 190 - 590
- Pełnomocnika Praw Pacjenta Szpitala – 87/56 29 573
- Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Izby Lekarskiej,
- Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
- Biura Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych

lub skierować sprawę do sądu powszechnego – jeżeli w wyniku działania lub zaniechania Szpitala naruszono dobro osobiste pacjenta albo wyrządzono szkodę materialną.

2024-05-03

**Z-CA DYREKTORA**  
d/s Lecznictwa  
Szpitala Wojewódzkiego  
im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach  
Włodzisław Zaworonok

## Ważność skierowania

Zwyczaj 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.

### Wyjątkami są:

- skierowanie na leczenie uzdrowskowe, które jest ważne 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia; 30 dni, licząc od dnia jego wystawienia
- skierowanie na fizjoterapię ambulatoryjną, traci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w
- zakładzie rehabilitacji w terminie 30 dni od daty wystawienia;
- skierowanie do szpitala psychiatrycznego, którego ważność wygasa po upływie 14 dni.

Pacjenci nie powinni być odsyłani z powodu niekompletności skierowań. Należy poprosić o uzupełnienie danych lub uzyskać je od lekarza kierującego. Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych, nie mogą być przyczyną odmowy przyjęcia lub niewpisania pacjenta na listę oczekujących.

Informacje na temat szczególnych uprawnień do świadczeń medycznych dostępne na stronie Ministerstwa Zdrowia.

<https://www.nfz.gov.pl/dla-pacienta/prawa-pacienta/uprawnienia-szczegolne/>

## Kto bez skierowania

- osoby chore na gruźlicę
- osoby zakażone wirusem HIV
- inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci oraz osoby represjonowane, żołnierze zastępczej służby wojskowej
- cywilne niewidome ofiary działań wojennych
- uprawnieni żołnierze lub pracownicy, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa oraz uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%
- weterani poszkodowani, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa oraz weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%
- osoby do 18 r.ż., u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu (obowiązuje od 01.01.2017)
- działacze opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowane z powodów politycznych (obowiązuje od 31.08.2017)
- w zakresie leczenia uzależnień: osoby zgłaszające się z powodu uzależnienia oraz osoby zgłaszające się z powodu współuzależnienia – osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujące i gospodarujące, oraz osoby, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną (obowiązuje od 14.10.2017)
- osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (obowiązuje od 01.07.2018)
- osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (obowiązuje od 01.07.2018)
- osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich (obowiązuje od 30.10.2018)
- dzieci w zakresie leczenia chorób wrodzonych na podstawie wyników badań przesiewowych finansowanych ze środków publicznych
- dzieci i młodzież w zakresie leczenia psychologicznego, psychiatrycznego i środowiskowego
- pacjenci w zakresie diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego po uprzednim stwierdzeniu podejrzenia nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych

## Telefony alarmowe:

87/562 80 11 lub 662 364 102 — Miejskie Centrum Zarządzania Kryzysowego, 999 - Pogotowie Ratunkowe, 998 - Straż Pożarna, 997 - Policja, 87/567 27 00 lub 668 903 263 - Pogotowie Wodno-Kanalizacyjne, 993 - Pogotowie Ciepłownicze, 992 - Pogotowie Gazowe, 991 - Pogotowie Energetyczne, 112 - Telefon Ratunkowy (tylko z telefonu komórkowego).

## Biuro Rzecznika Praw Pacjenta:

ul. Płocka 11/13, 01-231 Warszawa, Ogólnopolska infolinia Rzecznika Praw Pacjenta: 800 190 590 (z tel. stacjonarnych i komórkowych), czynna pn. - pt. w godz. 8.00 - 18.00, Sekretariat: tel.: (22) 532 82 50, fax.: (22) 506 50 64, [kancelaria@rpp.gov.pl](mailto:kancelaria@rpp.gov.pl).

## Lista oczekujących na świadczenie:

Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia, w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi Świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorcę na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia. Świadczeniobiorcę wpisuje się na listę oczekujących po stwierdzeniu, że posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju. Prowadzenie wpisów na listy oczekujących odbywa się na bieżąco, umieszczanie pacjenta na liście oczekujących następuje w dniu jego zgłoszenia się do świadczeniodawcy. Świadczeniodawca ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, wpisuje świadczeniobiorcę na prowadzoną listę oczekujących, informuje o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu. Przyjęcia w celu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej odbywają się zgodnie z kolejnością wpisów na liście oczekujących, a przyspieszenie przez przesunięcie na liście może być spowodowane wyłącznie względami medycznymi.

Prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością mają:

pacjenci w stanie nagłym, osoby, które posiadają tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi lub Zasłużonego Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci (także osoby represjonowane), uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, kobiety w ciąży, świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, świadczeniobiorcy ze znacznym stopniem niepełnosprawności (po okazaniu orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności), osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozie pracy przez III Rzeszę lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich (po okazaniu legitymacji wydanej przez Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych).

## Udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców

Informacje o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia można uzyskać dzwoniąc na całodobową infolinię NFZ : 800 190 590; dla połączeń z zagranicy oraz dla osób, które mają zablokowane połączenia z numeru 800 xxx xxx, nr stacjonarny 22 688 05 00. Można również skorzystać z serwisu: [terminyleczenia.nfz.gov.pl](http://terminyleczenia.nfz.gov.pl)

## Dane teleadresowe NFZ:

Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok, tel. 85 745 95 00, fax. 85 745 95 39 [sekretariat@nfz-bialystok.pl](mailto:sekretariat@nfz-bialystok.pl).  
Delegatura w Suwałkach, ul. Ogińskiego 5c, 16-400 Suwałki, tel. 87-562 02 50, fax 087-562 02 51, [e-mail:suwalki@nfz-bialystok.pl](mailto:e-mail:suwalki@nfz-bialystok.pl).

2024-05-09

Z-CA DYREKTORA  
d/s Lecznictwa  
Szpitala Wojewódzkiego  
Im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach  
Włodzimierz Zaworonok