

Poradnia Zdrowia Psychicznego
świadczenie bezpłatnych usług psychiatrycznych i psychologicznych w ramach kontraktu
z Narodowym Funduszem Zdrowia

Od stycznia 2011 r. NZOZ Centrum Medyczne IPS w ramach umowy podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczy nieodpłatne usługi psychiatryczne, psychologiczne i psychoterapeutyczne

Podstawowe informacje

1. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje: porady lekarza psychiatry, porady i diagnozę psychologiczną, sesje psychoterapeutyczne dla pacjentów ubezpieczonych w NFZ.
2. Psychiatra udziela porad bez skierowania.
3. **Skierowanie jest wymagane od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do psychologa, psychoterapeuty.**
4. Za świadczenia udzielane na podstawie umowy Świadczeniodawca nie może pobierać od ubezpieczonego żadnych dodatkowych opłat, chyba że taka odpłatność przewidziana jest w odrębnych przepisach.

Skierowania

W związku z brakiem rejonizacji pacjent ma prawo wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Świadczenia w poradniach zakontraktowanych przez NFZ w ramach umowy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) udzielane są na podstawie skierowania od lekarza mającego umowę z NFZ. Skierowanie wystawione do lekarza specjalisty związane jest z określoną chorobą i jest ważne w trakcie całego procesu leczenia tej choroby. Nie ma więc konieczności odnawiania skierowania co roku, chyba że zmianie ulegnie rozpoznanie. Należy również pamiętać, że w przypadku zakończenia leczenia szpitalnego karta informacyjna ze szpitala nie stanowi skierowania do dalszego leczenia specjalistycznego.

Lekarz kierujący pacjenta do specjalisty dołącza do skierowania wyniki niezbędnych badań diagnostycznych umożliwiających potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Skierowanie nie jest wymagane do lekarza

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

Skierowanie do specjalistów nie jest wymagane od

- osób chorych na gruźlicę;
- osób zakażonych wirusem HIV;
- inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych 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 urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Rejestracja pacjentów

Pacjent przedstawia dowód ubezpieczenia zdrowotnego (Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego lub każdy

inny dokument, potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej). Brak dowodu ubezpieczenia zdrowotnego nie może być jednak podstawą do odmowy udzielenia świadczenia w stanie nagłym. Rejestracja pacjentów może odbywać się na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej.

W sytuacji, kiedy świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia się pacjenta do poradni, świadczeniodawca ustawowo zobowiązany jest do wpisania chorego na listę oczekujących, prowadzoną zgodnie z kolejnością zgłoszeń. Świadczeniodawca umieszczając pacjenta w kolejce oczekujących, kwalifikuje go jednocześnie do jednej z kategorii medycznych, jako:

- przypadek pilny - kiedy istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na stan zdrowia chorego, który jednakże nie jest traktowany jako stan nagły
- przypadek stabilny - jeżeli nie jest to stan nagły, ani przypadek, który zalicza się do kategorii pilny.

Pacjent może zapisać się tylko na jedną listę oczekujących. Oznacza to, że kiedy rezygnuje z wizyty u specjalisty, lub kiedy chce zmienić lekarza bądź przychodnię, ustawowo zobowiązany jest do wypisania się z listy oczekujących, na której dotąd figurował. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej. Informacje o prowadzonych listach oczekujących, liczbie osób i średnim czasie oczekiwania publikują na swoich stronach internetowych oddziały wojewódzkie Funduszu.

Prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością mają

- Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu;
- inwalidzi wojenni i wojskowi;
- kombatancki, a także uprawnieni żołnierze i pracownicy (w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami kraju).

Zasady udzielania świadczeń specjalisty

Świadczenia w poradniach specjalistycznych obejmują następujące czynności lekarza:

- badanie lekarskie zakończone postawieniem diagnozy wstępnej lub ostatecznego rozpoznania,
- udzielenie lub zlecenie niezbędnych świadczeń diagnostycznych i leczniczych,
- ordynowanie koniecznych leków,
- wystawianie zleceń na wyroby medyczne (przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze),
- kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację leczniczą,
- orzekanie o stanie zdrowia,
- wykonywanie badań profilaktycznych,
- edukację i promocję zachowań prozdrowotnych.

W przypadku, gdy pacjent wymaga wykonania badań kontrolnych, skierowanie na te badania wystawia oraz pokrywa ich koszty świadczeniodawca, udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Badania diagnostyczne na podstawie wystawionego skierowania są dla ubezpieczonego bezpłatne w laboratorium/pracowni wskazanej przez lekarza.

Wyjątek stanowią tu badania kosztochłonne.

Wizyta u innego specjalisty

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, po objęciu pacjenta opieką w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i po postawieniu diagnozy, zobowiązany jest do pisemnego poinformowania lekarza kierującego/POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym o okresie ich stosowania i zasadach dawkowania) oraz o wyznaczonych wizytach kontrolnych, jak również wytycznych dotyczących

postępowania w okresie pomiędzy poradami specjalistycznymi. Lekarz specjalista może również kierować pacjenta do innego lekarza specjalisty. W takim przypadku jako badania wstępne przekazywane są wyniki badań wykonane w poradni kierującej oraz inne badania diagnostyczne będące w posiadaniu pacjenta.

Kierowanie do szpitala

W przypadku, gdy pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz specjalista dołącza do skierowania wyniki badań diagnostycznych zgodnie z rozpoznanym schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną, umożliwiające potwierdzenie wstępnego rozpoznania.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U z 2008 r. Nr 164, poz. 1027);

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U z 2008 r. Nr 81, poz. 484);

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;

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 2005 r. Nr 200, poz. 1661).