

SP ZOZ w Brzesku

Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej

Przychodnia Ogólna POZ Brzesko

Telefony:

14 66 21 171

14 66 21 347

14 66 21 345

14 66 30 005

adres email: poz.rejestracja@spzoz-brzesko.pl

Poradnia Dziecięca POZ Brzesko

Telefon:

14 66 21 168

adres email: p.dziecieca@spzoz-brzesko.pl

ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Do zadań Zespołu Podstawowej Opieki Zdrowotnej należy udzielanie w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie - w warunkach domowych lub w środowisku nauczania i wychowania świadczeń ukierunkowanych na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację pacjenta w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, które są wykonywane przez uprawnionych lekarzy, pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne zatrudnionych w Zespole.

ZAKRES ZADAŃ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, planuje i realizuje opiekę lekarską nad świadczeniobiorcą w warunkach ambulatoryjnych i domowych. Lekarz POZ koordynuje udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz POZ współpracuje z:

- pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej i położną podstawowej opieki zdrowotnej, wybranymi przez świadczeniobiorcę oraz pielęgniarką/ higienistką szkolną;
- innymi świadczeniodawcami, zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców;
- przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

W zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia świadczeniobiorcy lekarz POZ:

- prowadzi edukację zdrowotną;
- prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia w ramach badań bilansowych, szczepień ochronnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- uczestniczy w realizacji programów zdrowotnych, działając na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej;
- rozpoznaje środowisko świadczeniobiorcy.

Programy profilaktyczne realizowane przez lekarza POZ:

- Program profilaktyki Chorób Układu Krążenia - **więcej informacji o programie**

ZAKRES ZADAŃ PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską i pielęgnacyjną, nad świadczeniobiorcą w zakresie:

- promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
- świadczeń pielęgnacyjnych;
- świadczeń diagnostycznych;
- świadczeń leczniczych;
- świadczeń rehabilitacyjnych.

Pielęgniarka POZ planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad osobą, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, obejmując opieką:

- zdrowych i chorych niezależnie od płci i wieku, z wyłączeniem noworodka i niemowlęcia do drugiego miesiąca życia;
- osoby niepełnosprawne.

Programy profilaktyczne realizowane przez pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną to:

- Program profilaktyki gruźlicy - **więcej informacji o programie**

ZAKRES ZADAŃ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Położna POZ realizuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-neonatologiczno-ginekologiczną obejmującą:

- edukację w zakresie planowania rodziny;
- opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu;
- opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia drugiego miesiąca życia;
- opiekę w chorobach ginekologicznych;
- opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia.

W realizacji świadczeń opieki zdrowotnej położna POZ współpracuje z:

- lekarzem ginekologiem (położnikiem) udzielającym świadczeń specjalistycznych w zakresie jej zadań;
- lekarzem POZ i w porozumieniu z lekarzem wykonuje świadczenia lecznicze;
- pielęgniarką POZ;
- pielęgniarką POZ środowiska nauczania i wychowania;
- pielęgniarką opieki długoterminowej domowej;
- położną zatrudnioną w specjalistycznej poradni położniczo-ginekologicznej;
- innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców;
- przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

Świadczenia powyżej wymienione udzielane są bezpłatnie osobom ubezpieczonym, którzy złożyli pisemne deklaracje wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki oraz położnej środowiskowo-rodzinnej, spośród lekarzy, pielęgniarek oraz położnych środowiskowo - rodzinnych zatrudnionych w SP ZOZ w Brzesku.

W przypadku, gdy ubezpieczony znajduje się poza listą ubezpieczonych zadeklarowanych do SP ZOZ w Brzesku, w razie nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia świadczenia zdrowotne udzielane są bezpłatnie.

W przypadku udzielenia świadczeń zdrowotnych osobom nieubezpieczonym są pobierane opłaty wg obowiązującego cennika.

Rejestracja pacjentów jest dokonywana w każdej formie:

1. osobiście,
 2. przez członków rodziny,
 3. przez osoby trzecie,
 4. telefonicznie,
- w dniu zgłoszenia, a w przypadku wyznaczenia innego dnia z wyznaczeniem przybliżonej godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.

CAŁODOBOWA OPIEKA MEDYCZNA

Świadczenia całodobowej opieki medycznej udzielane są w dni powszednie w godzinach od 18⁰⁰ do 8⁰⁰ oraz przez całą dobę w soboty, niedziele, święta oraz inne dni ustawowo wolne od pracy w Gabinetach Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Medycznej, które znajdują się w budynku Przychodni Rejonowej w Brzesku (parter - ul. Kościuszki 68).

Telefon: 14 66 21 372, 14 66 21 148

Grupy pacjentów uprzywilejowanych i wymagane warunki do korzystania z przysługujących uprawnień:

1. Kobiety w ciąży i w okresie połogu:

- świadczenia: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitalne powinny być udzielone tym osobom w dniu zgłoszenia,
- jeżeli udzielenie świadczenia w dniu zgłoszenia nie będzie możliwe, powinno ono

zostać zrealizowane w innym terminie, poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących,

- w przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) świadczenie powinno zostać udzielone nie później niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Ponadto kobiety w okresie ciąży i porodu - do 42. dnia po porodzie - mają prawo do:

- korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno jako osoby ubezpieczone jak i nieubezpieczone, jeśli mają obywatelstwo polskie i mieszkają na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (art. 2 ust. 1 pkt 3 lit b);
- szczególnej opieki okołoporodowej - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej;
- dodatkowych materiałów stomatologicznych i leczenia endodontycznego wszystkich zębów, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego;
- zestawów infuzyjnych (wkląć) do osobistych pomp insulinowych, co najmniej 10 sztuk zgodnie z zaleceniami lekarza, raz na miesiąc przy leczeniu cukrzycy typu I przy pomocy pompy insulinowej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Zgodnie z ustawą z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” uprawnienia na rzecz kobiety w ciąży obejmują w szczególności:

- diagnostykę prenatalną, świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, w tym zabiegi wewnątrzmaciczne, wsparcie psychologiczne, poradnictwo laktacyjne, ze szczególnym uwzględnieniem matek dzieci urodzonych przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową poniżej 2500 g.

Dokument potwierdzający uprawnienia:

- karta ciąży;
- zaświadczenie lekarza
- Kobiety w okresie porodu - skrócony odpis aktu urodzenia dziecka i dokument potwierdzający tożsamość

2. Dzieci i młodzież do ukończenia 26. roku życia:

- korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej zarówno jako osoby zgłoszone do ubezpieczenia, jak i niezgłoszone, które mają obywatelstwo polskie i nie ukończyły 18. roku życia (art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a);
- dodatkowych świadczeń lekarza dentystry i dodatkowych materiałów stomatologicznych (do ukończenia 18 roku życia) stosowanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego;
- zestawów infuzyjnych (wkląć) do osobistych pomp insulinowych, 10 sztuk - zgodnie z zaleceniami lekarza, raz na miesiąc przy leczeniu cukrzycy typu I przy pomocy pompy insulinowej (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie), do 26. roku życia;

Dokument potwierdzający uprawnienia:

- Dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia – dokument stwierdzający tożsamość np. dowód osobisty, paszport, legitymacja szkolna lub skrócony odpis aktu urodzenia,
- Osoby uczące się, które ukończyły 18. rok życia – dokument potwierdzający fakt nauki.
- zgodnie z *ustawą z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”*, **osoby do ukończenia 18 roku życia posiadające zaświadczenie stwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, mają prawo do świadczeń poza kolejnością.** Uprawnienia na rzecz dziecka obejmują w szczególności diagnostykę prenatalną, świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, wsparcie psychologiczne, rehabilitację leczniczą, zaopatrzenie w wyroby medyczne, opiekę paliatywną i hospicyjną, dodatkowe wyroby medyczne określone przepisami.

Dokument potwierdzający uprawnienia:

- zaświadczenie, które potwierdza ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu. Zaświadczenie o chorobie, powstałej w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, możesz otrzymać od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który: posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii. Ponadto, zaświadczenie wydane przez: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii, specjalistę w dziedzinie pediatrii.

3. Uprawnieni żołnierze lub pracownicy wojska w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa:

- korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia chorób nabytych poza granicami państwa poza kolejnością (art. 24a);
- korzystania bezpłatnie z zaopatrzenia do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych. Zaopatrzenie w leki objęte w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń, zgodnie z wykazem o refundacji oraz leki recepturowe na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa (art. 44 ust.1a);
- korzystania z bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa (art. 47 ust. 2);
- korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami kraju (art. 57 ust. 2 pkt 12);

Dokument potwierdzający uprawnienia:

Legitymacja osoby poszkodowanej poza granicami państwa wydana przez Szefa

Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia.

4. **Weterani poszkodowani w działaniach poza granicami państwa w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa:**

- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa (art. 24b);
- korzystania z bezterminowego czasu trwania leczenia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, innych niż świadczenia w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (art. 24c ust. 2);
- bezpłatnego zaopatrzenia w leki w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń, zgodnie z wykazem oraz leki recepturowe, na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa (art. 44 ust.1c);
- bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (art. 47 ust. 2a);
- korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa (art. 57 ust. 2 pkt 13);

Dokumenty potwierdzające uprawnienia:

Legitymacja weterana poszkodowanego wydana przez komórkę właściwą ds. weteranów odpowiednio MON, MSW lub ABW

5. **Inwalidzi wojenni:**

- bezpłatnego zaopatrzenia w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Polski (art. 46 ust. 1);
- bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera, ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji (art. 47 ust.1);
- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach (art. 47c ust.1);
- ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania (art. 57 ust. 2 pkt 10).

Dokument potwierdzający uprawnienia:

Książeczka inwalidy wojennego-wojskowego wydawana przez ZUS, symbol Rw-51 wydana po 26 lipca 2004r.

6. **Inwalidzi wojskowi**

- bezpłatnego, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych zaopatrzenie w leki objęte wykazem w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń, zgodnie z wykazem (art. 45 ust. 1);
- bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji (art. 47 ust.1);
- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach (art. 47c ust.1);
- korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania (art. 57 ust. 2 pkt 10).

Dokument potwierdzający uprawnienia:

Książeczka inwalidy wojennego-wojskowego zgodna z wpisem i wydawana przez ZUS, symbol Rw-51, wydana po 26 lipca 2004r.

7. Cywilne niewidome ofiary działań wojennych

- korzystania z bezpłatnego zaopatrzenia w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 46 ust. 1);
- korzystania z bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera, ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust.4 ustawy o refundacji (art. 47 ust.1);
- korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania (art. 57 ust.2 pkt 10a).

Dokument potwierdzający uprawnienia:

Legitymacja cywilnej niewidomej ofiary działań wojennych wydawana przez ZUS.

8. Osoby represjonowane

- bezpłatnego zaopatrzenia w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 46 ust.1);
- korzystania z bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji (posiadającej prawo wykonywania zawodu medycznego, która na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego, jest uprawniona do wystawiania recept), do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust.4 ustawy o refundacji (art. 47 ust.1);
- korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania (art. 57 ust.2 pkt 10).

Dokument potwierdzający uprawnienia:

Legitymacja osoby represjonowanej wydaje ZUS, symbol Rw-52, wydana po 23 kwietnia 2003r.

9. Kombatanci

- korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących;
- korzystają z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania;

Dokumenty potwierdzające uprawnienia:

Zaświadczenie o uprawnieniach wydane przez Urząd ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych, Legitymacja Członka Korpusu Weteranów Walk o Niepodległość Rzeczypospolitej Polskiej (wydana przez Szefa Urzędu ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych), Legitymacja osoby represjonowanej wydana przez ZUS (symbol Rw-52, wydana po 23 kwietnia 2003r.).

10. Zasłużeni honorowi dawcy krwi.

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* zasłużeni honorowi dawcy krwi mają prawo do:

- bezpłatnego, do wysokości limitu finansowania, zaopatrzenia w leki objęte wykazem w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń, zgodnie z wykazem (art. 43 ust.1 pkt 1)
- bezpłatnego zaopatrzenia w leki, które świadczeniobiorca może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów (art. 43 ust.1 pkt 2);
- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach (art. 47c).

Dokument potwierdzający uprawnienia:

- **Legitymacja Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi** wydana przez Zarząd Okręgowy PCK.

11. Zasłużeni dawcy przeszczepu.

- bezpłatnego, do wysokości limitu finansowania, zaopatrzenia w leki objęte wykazem w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń, zgodnie z wykazem (art. 43 ust.1 pkt 1);
- bezpłatnego zaopatrzenia w leki, które pacjent może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów (art. 43 ust.1 pkt 2);
- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach (art. 47c);
- żywy dawca narządu ma prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu

zdrowia przeprowadzanych przez podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat (art. 47a ust.1).

Dokument potwierdzający uprawnienia: Legitymacja Zasłużonego Dawcy Przeszczepu wydana przez Ministra Zdrowia

12. **Dawcy przeszczepu.**

- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (art. 23).

Dokument potwierdzający uprawnienia:

- **Legitymacja Dawcy Przeszczepu** wydana przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, który pobrał szpik lub inne regenerujące się komórki lub tkanki.

13. **Osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę i ZSRR.**

- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach (art. 47c)
- korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (art. 57 ust. 2 pkt 10)

Dokument potwierdzający uprawnienia: Legitymacja wydana przez Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych

14. **Osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności.**

- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej: świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej - lekarza, pielęgniarki, położnej, świadczeń w szpitalach, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (specjaliści przyjmujących w przychodniach), świadczeń rehabilitacji leczniczej (zgodnie ze wskazaniami medycznymi, bez limitu).
- uzyskania bez skierowania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych (art. 57 ust. 2 pkt 14).

Dokument potwierdzający uprawnienia: Orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, orzeczenia, wyroki sądowe, legitymacje (wydane przez uprawnione instytucje i na odpowiednich formularzach).

15. **Działacze opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowane z powodów politycznych**

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* osoby represjonowane mają prawo do:

- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach (art. 47c),
- korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania lekarza

ubezpieczenia zdrowotnego (art. 57 ust.2 pkt 10).

Dokumentem potwierdzającym uprawnienia jest legitymacja zgodna z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 sierpnia 2017 r. w sprawie odznaki honorowej i legitymacji dla działaczy opozycji antykomunistycznej lub osób represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. poz. 1602), wydana na wniosek osoby zainteresowanej przez [Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych](#).

16. **Osoby po ukończeniu 75 roku życia**

- Świadczeniobiorcy korzystają z bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie na podstawie recepty wystawionej przez lekarza poz lub pielęgniarkę poz(art.43a ust1)

Udzielanie świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającej z prowadzonej listy oczekujących (Art. 47 c)

1. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 2.
2. Świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1 i 2, w dniu zgłoszenia.
3. W przypadku gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
4. **W przypadku korzystania z badań diagnostycznych kosztochłonnych (np. rezonans magnetyczny) oraz rehabilitacji leczniczej (art. 59) należy pamiętać, iż niezależnie od posiadanych szczególnych uprawnień wymagane jest każdorazowo skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego**

na podstawie: www.nfz-krakow.pl