

GDY ZACHORUJEMY PODCZAS MAJÓWKI

JEŚLI NASZEMU ZDROWIU I ŻYCIU NIE GROZI NIEBEZPIECZEŃSTWO

NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to świadczenia udzielane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 danego dnia do 8.00 dnia następnego oraz w soboty i niedziele, a także inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 danego dnia do 8.00 dnia następnego. Obejmuje także zabiegi pielęgniarstwa realizowane w ramach porady udzielonej przez lekarza POZ oraz zabiegi wynikające z konieczności zachowania ciągłości leczenia. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są bezpłatne (dla osób uprawnionych) i udzielane są bez skierowania w punktach nocnej opieki (nie są związane z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do którego jesteście zapisani).

STOMATOLOGICZNA POMOC DORAŻNA

Stomatologiczna pomoc dorażna jest udzielana pacjentom potrzebującym pilnej interwencji lekarza dentysty. Pomoc dorażna, z ekstrakcjami zębów włącznie, jest realizowana przez wyznaczone placówki w ramach dyżurów w dni powszednie w godzinach od 19.00 do 7.00, a w sobotę, niedzielę i święta – przez 24 godziny na dobę.

STAN NAGŁY, CZYLI ZAGROŻENIE ZDROWIA LUB ŻYCIA

STAN NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia. Wymaga podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Żadna placówka zdrowotna nie może odmówić nam udzielenia pomocy medycznej, jeśli znajdujemy się w stanie nagłym, a więc stanowiącym zagrożenie życia lub zdrowia. Ocena, czy w danej sytuacji występuje stan nagły należy do osoby udzielającej świadczeń medycznych. W stanach nagłych nie jest wymagany dokument potwierdzający prawo do uzyskania świadczenia, a więc skierowanie czy zlecenie. Nie obowiązuje również konieczność zachowania kolejności wynikającej z listy oczekujących. W sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia bezpłatnie pomocy udzielają: pogotowie ratunkowe w formie wyjazdowej, szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) i izby przyjęć, także bez względu na to, czy osoba poszkodowana posiada uprawnienia do uzyskania świadczeń czy też nie.

SZPITALNE ODDZIAŁY RATUNKOWE ORAZ IZBY PRZYJĘĆ

W trybie nagłym świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub na izbie przyjęć. Mogą one obejmować także te świadczenia, które ze względu na stan zdrowia pacjenta wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem. Gdy to konieczne świadczenia obejmują także zapewnienie transportu w celu zachowania ciągłości leczenia.

GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Listy placówek realizujących na terenie kraju świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, SOR, izby przyjęć i pomocy stomatologicznej dorażnej dostępne są w oddziałach NFZ oraz na stronach

www.nfz.gov.pl i www.nfz-katowice.pl, a także w serwisie Zintegrowanego Informatora Pacjenta (zip.nfz.gov.pl w zakładce *Gdzie się leczyć?*).

UWAGA! Jeśli nagle zachorujemy, a nie mamy przy sobie dowodu ubezpieczenia lub dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, możemy:

- **dokument okazać później: w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeśli leczenie udzielane jest w oddziale szpitalnym – nie później niż w terminie 7 dni od dnia zakończenia pobytu w szpitalu. Jeśli nie przedstawimy dowodu ubezpieczenia w wyżej wymienionych terminach, świadczenie zostaje udzielone na nasz koszt,**
- **złożyć pisemne oświadczenie, że takie prawo posiadamy.**

Jednak brak dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń nigdy nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia osobie znajdującej się w stanie nagłym. Nie można również odmówić udzielenia pomocy w stanie nagłym osobie nieubezpieczonej.

KIEDY WEZWAĆ POGOTOWIE?

Pogotowie ratunkowe wzywamy w przypadkach zagrożenia życia, a w szczególności w sytuacji wystąpienia:

- **nagłego zatrzymania krążenia**
- **bólu w klatce piersiowej**
- **utrąty przytomności**
- **upadku z wysokości**
- **złamania kości lub urazu stawu**
- **ostrych zaburzeń świadomości**
- **urazów powstałych w wyniku wypadku**
- **krwotoku**
- **silnego bólu brzucha**
- **nagłej duszności**
- **porażenia prądem elektrycznym**
- **porodu lub dolegliwości związanych z ciążą**

ABY WEZWAĆ POGOTOWIE, ZADZWOŃ POD NUMER ALARMOWY 999 lub 112.

JEŚLI MAJÓWKĘ SPĘDZAMY ZA GRANICĄ

JAK SKORZYSTAĆ Z POMOCY LEKARZA W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ/EFTA?

W sytuacji, gdy musimy skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej za granicą, należy:

- udać się do lekarza lub placówki medycznej, która działa **w ramach systemu ubezpieczenia powszechnego**
- okazać EKUZ (przed wyjazdem warto zrobić sobie kserokopię karty), a w niektórych przypadkach również dowód tożsamości, i poprosić o przyjęcie w ramach przepisów o koordynacji.

Jeżeli EKUZ zostanie uznana przez lekarza czy administrację placówki medycznej, zostaniemy potraktowani, **jak każda osoba, która jest ubezpieczona w systemie opieki zdrowotnej danego kraju**, tzn. będziemy musieli zapłacić wyłącznie za te świadczenia, które nie są w pełni finansowane z systemu opieki zdrowotnej danego kraju (jest to tzw. wkład własny pacjenta). Świadczenia udzielone w ramach systemu zostaną rozliczone z instytucją miejsca pobytu (odpowiednik oddziałów NFZ w Polsce), a następnie pokryte przez NFZ. Warto zwrócić uwagę na to, że w wielu państwach członkowskich UE/EFTA, w ramach systemu publicznego nie jest finansowany transport karetką, czy też świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego, zwłaszcza ratownictwa górskiego.

W związku z tym, że każde państwo członkowskie ustala własne kryteria i zasady udzielania świadczeń medycznych, warto przed wyjazdem do państwa członkowskiego UE/EFTA zasięgnąć podstawowych informacji dotyczących zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w danym kraju. Informacje takie można uzyskać w oddziale Funduszu lub na stronie internetowej: www.ekuz.nfz.gov.pl ► **Wypoczynek w państwach członkowskich UE/EFTA** ► **Wyjeżdżam do.**

GDY MUSIMY ZAPŁAĆ ZA LECZENIE...

Jeżeli za udzielone świadczenia medyczne otrzymaliśmy rachunek, oznacza to najczęściej, że:

- EKUZ nie została przedstawiona lub jej nie uznano, czyli zostaliśmy potraktowani jak **pacjent prywatny**. Najczęściej spotykane powody nieuznania EKUZ: nieważna karta, brak nośnika elektronicznego (chip), zagraniczna placówka zdrowia nie honoruje przedstawionej EKUZ, nieznaną języka oraz trudności w komunikowaniu się, nieznaną przepisów przez zagranicznych świadczeniodawców
- świadczenie, które zostało nam udzielone nie mieściło się w zakresie świadczeń rozliczanych na podstawie EKUZ, a więc **nie było świadczeniem niezbędnym biorąc pod uwagę czas i charakter pobytu w danym kraju**
- dane świadczenie medyczne **nie jest realizowane w ramach systemu ubezpieczenia powszechnego (nie jest refundowane)**
- wystawiony rachunek dotyczy **wkładu własnego pacjenta** (a więc obejmuje koszty leczenia, które ubezpieczony pokrywa z własnych środków)
- w danym kraju istnieje **system pełnopłatnej ochrony zdrowia**, co oznacza, że koszty leczenia muszą zostać w pierwszej kolejności pokryte przez ubezpieczonego, który dopiero po ich opłaceniu może zwrócić się do instytucji właściwej o zwrot poniesionych kosztów (np. Francja, Belgia, Luksemburg).

W większości przypadków, gdy lekarz za granicą zażąda zapłaty za udzielone świadczenia, rachunek należy zapłacić.

GDY NIE MAMY EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Gdy nie mamy EKUZ, a konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej w trakcie pobytu w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA, istnieje możliwość uzyskania **Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ**. Zgodnie z przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, dokument taki jest wydawany w wyjątkowych okolicznościach np. kradzież lub utrata EKUZ oraz w przypadku

wyjazdu w terminie zbyt krótkim, by możliwe było wydanie EKUZ, jak również w przypadku, gdy osoba zapomniała przed wyjazdem zawnioskować o taki dokument.

W celu uzyskania Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ na terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego UE/EFTA, niezbędne jest przesłanie podpisanego **Wniosku o wydanie certyfikatu** do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

We wniosku należy wskazać daty w jakich pomoc medyczna została udzielona lub datę początkową, w przypadku, gdy nadal pozostajemy w trakcie leczenia. Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ wydawany jest z ograniczoną datą ważności, zazwyczaj na czas udzielenia świadczeń.

Za równorzędne z **Wnioskiem o wydanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ** uznawane jest pismo złożone przez wnioskodawcę, o ile zawiera ono wszystkie dane, które są wymagane do wydania Certyfikatu. W piśmie w szczególności uwzględnione powinny być następujące dane: imię, nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia lub numer PESEL wnioskodawcy, okres na jaki certyfikat ma zostać wydany, oświadczenie, iż wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz ewentualny telefon kontaktowy.

W przypadku, gdy oddział wojewódzki NFZ nie będzie w stanie potwierdzić faktu ubezpieczenia wnioskodawcy na podstawie posiadanych danych, konieczne może być przedstawienie dokumentów potwierdzających ubezpieczenie zdrowotne w NFZ.

Z **Wnioskiem o wydanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ** może wystąpić również instytucja miejsca pobytu, przesyłając pisemny Wniosek do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ lub do Centrali NFZ. Do wystąpienia z **Wnioskiem o Certyfikat** może zostać również upoważniona osoba trzecia, która legitymuje się odpowiednim upoważnieniem.

WAŻNE!!!

Z uwagi na fakt, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie pokrywa kosztów leczenia, które nie są objęte systemem ubezpieczenia powszechnego w danym państwie członkowskim UE/EFTA, jak również kosztów transportu powrotnego do Polski (tylko w wyjątkowych sytuacjach można ubiegać się o zgodę dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju), dobrą praktyką jest wykupić dodatkowe prywatne ubezpieczenie, w celu uniknięcia obciążenia tymi kosztami.

Więcej na: www.ekuz.nfz.gov.pl



KOLEJNE WYDANIE UKAŻE SIĘ 11 MAJA 2018 ROKU. SZUKAJ NAS W PIĄTKOWYM WYDANIU GAZETY!

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia
Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice

infolinia całodobowa

tel. 801 002 903 – numer dla dzwoniących w kraju

tel. 32 790 09 03 – numer dla dzwoniących z zagranicy i z telefonów komórkowych

bezpłatna infolinia kolejkowa

tel. 800 800 008

Sekcja Obsługi Ubezpieczonych
tel. 32 735 16 00

Informacja Działu ds. Środków Pomocniczych
i Przedmiotów Ortopedycznych
tel. 32 735 16 00

Biuro Działu Skarg i Wniosków
tel. 32 735 05 45

www.nfz-katowice.pl

Informacja Działu Lecznictwa Uzdrawiskowego
tel. 32 735 05 22

Dyrektwa transgraniczna
tel. 32 735 16 16

Konsultant ds. poszkodowanych w misjach
poza granicami państwa - dotyczy służb
mundurowych
tel. 32 735 19 87, 32 735 16 51

www.nfz.gov.pl