

GDZIE SZUKAĆ POMOCY LEKARZA, GDY ZACHORUJEMY PODCZAS ŚWIĄT

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 dentyisty. Pomoc dorażna, z ekstrakcją 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 obowiązują 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.

KIEDY WEZWAĆ POGOTOWIE?

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

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

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

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.

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?).

JEŚLI SPĘDZAMY ŚWIĘTA 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 płatności 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 byłoby 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

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017, poz. 1938 z późn. zm.),
2. Zarządzenie nr 71/2017/DSM Prezesa NFZ z dnia 11 sierpnia 2017 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
3. Zarządzenie nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć
4. Zarządzenie nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne z późn. zm.
5. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku (Dz. U. z 2017 roku, poz. 2195)
6. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.
7. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 roku dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.
8. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 988/2009 z dnia 16 września 2009 roku zmieniające rozporządzenie (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz określające treść załączników.
9. Decyzja nr S1 Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego z dnia 12 czerwca 2009 r. dotycząca Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.
10. Decyzja nr S2 Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego z dnia 12 czerwca 2009 r. dotycząca specyfikacji technicznej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.
11. Decyzja Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego nr S3 określająca świadczenia objęte zakresem art. 19 ust. 1 i art. 27 ust. 1 rozporządzenia nr 883/2004 oraz art. 25 lit. A) pkt 3 rozporządzenia nr 987/2009.

Zdrowych i radosnych
Świąt Wielkanocnych
życzy
Śląski OW NFZ



KOLEJNE WYDANIE UKAŻE SIĘ 13 KWIEŹNIA 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

Biurowisko 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