



# STUDENCIE! PAMIĘTAJ O SWOIM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM (część pierwsza)

## Po pierwsze: ubezpieczenie zdrowotne

Studenci oraz uczestnicy studiów doktoranckich podlegają **obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego**. Oznacza to, że muszą zostać zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego.

### Kto zgłasza studenta do ubezpieczenia zdrowotnego?

**RODZINA.** Najczęściej **rodzic** posiadający ubezpieczenie zdrowotne (np. z tytułu posiadanej umowy o pracę, wykonywanej działalności gospodarczej albo otrzymywanej renty czy emerytury). Jeżeli jednak żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ani w Polsce, ani w innym kraju Unii Europejskiej, do ubezpieczenia zdrowotnego, studenta jako członka rodziny, może zgłosić również **babcia lub dziadek**. Nie jest wtedy potrzebne prawne ustanowienie opieki babci lub dziadka nad wnukiem. Natomiast jeżeli student zawarł związek małżeński, do ubezpieczenia zdrowotnego zgłasza go **małżonek** (pod warunkiem, że jest to osoba, która ma własny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego). W każdym jednak przypadku świadczenia opieki zdrowotnej finansowane przez NFZ przysługują uczącemu się – zgłoszonemu jako członkowi rodziny – **do ukończenia 26. roku życia** lub **dopóki nie zaistnieje inny obowiązek ubezpieczenia** (na przykład w momencie podjęcia przez studiującego pracy – wtedy ubezpiecza go pracodawca – lub rozpoczęcia prowadzenia własnej działalności gospodarczej – kiedy ubezpiecza się sam).

**UCZELNIA.** Jeżeli student nie może być zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez żadnego z członków rodziny, a także po ukończeniu 26. roku życia, jeżeli kontynuuje naukę – obowiązek ubezpieczenia studenta przechodzi na **uczelnię**. Warto przy tym podkreślić, że to **na uczącym się spoczywa obowiązek osobistego zgłoszenia się do dziekanatu i złożenia wniosku o objęcie go ubezpieczeniem**. Student zgłoszony przez uczelnię do ubezpieczenia zdrowotnego, zobowiązany jest również poinformować swoją uczelnię o powstaniu innego tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, kiedy na przykład rozpocznie pracę.

**PRACODAWCA.** Jeżeli student pracuje na podstawie umowy o pracę, do ubezpieczenia zgłasza go pracodawca.

**INSTYTUCJA.** Jeżeli student pobiera świadczenia przyznane przez np. ZUS, KRUS lub MOPS – w takim wypadku to instytucje wypłacające świadczenia zgłaszają osobę uczącą się do ubezpieczenia.

**WAŻNE! Prawo do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę wyższą, wygasa po upływie czterech miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów.**

## Po drugie: wybór lekarza

Student, jak każdy pacjent, ma prawo do **bezpłatnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym**. Wyboru lub zmiany dokonuje się poprzez wypełnienie deklaracji wyboru w wybranej przez siebie przychodni, która ma umowę podpisaną z NFZ. W przypadku każdej kolejnej zmiany lekarza należy wnieść opłatę w wysokości 80 zł. Opłatę należy uiścić na konto właściwego – ze względu zamieszkania – oddziału NFZ. Opłaty tej nie pobiera się w przypadku:

- gdy zmiana lekarza następuje wskutek zmiany miejsca zamieszkania
- zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez poradnię lub lekarza w niej pracującego
- z innych przyczyn powstałych po stronie poradni
- w przypadku, gdy lekarzem POZ jest pediatra, który może sprawować opiekę nad swoim pacjentem wyłącznie do ukończenia przez niego 18. roku życia

**WAŻNE! W sytuacji nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia żadna przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej nie może odesłać studenta bez udzielenia mu pomocy, nawet jeżeli nie złożył deklaracji wyboru do żadnego z przyjmujących w niej lekarzy.**

## Po trzecie: u lekarza

Aby móc skorzystać z pomocy lekarza, konieczne jest **potwierdzenie prawa do świadczeń**. W tym celu w przychodni lub szpitalu wystarczy okazać ważny dowód osobisty lub inny dokument tożsamości zawierający numer PESEL.

Może się jednak zdarzyć, że potwierdzenie uprawnień w systemie eWUŚ nie będzie możliwe. Jeżeli jednak pacjent posiada prawo do świadczeń, powinien okazać inny **dokument potwierdzający ten fakt** albo złożyć stosowne oświadczenie.

**UWAGA! W przypadku nagłego zachorowania, gdy pacjent nie ma przy sobie dowodu ubezpieczenia, może – w sytuacjach braku potwierdzenia uprawnień w systemie eWUŚ – dokument taki okazać później lub złożyć stosowne oświadczenie: w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeśli świadczenie udzielane jest w oddziale szpitalnym – nie później niż w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia. Jeśli dowód ubezpieczenia oraz oświadczenie nie zostaną przedstawione w wyżej wymienionych terminach, świadczenie zostaje udzielone na koszt chomego. Jednak brak dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń lub złożonego oświadczenia 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.**

**WAŻNE! W województwie śląskim funkcjonuje elektroniczna Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego. Otrzymują ją osoby posiadające ubezpieczenie zdrowotne i mieszkające na terenie województwa śląskiego.**

### Podstawa prawna:

1. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku (Dz.U. z 2018 roku, poz. 1510 z późn. zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2016 roku, poz. 86 z późn. zm.)
3. Zarządzenie nr 122/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z późn. zm.
4. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.
5. 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.
6. 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.
7. Decyzja nr S1 Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego z dnia 12 czerwca 2009 r. dotycząca Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.
8. Decyzja nr S2 Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego z dnia 12 czerwca 2009 r. dotycząca specyfikacji technicznej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.
9. 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.

## #TerminyLeczenia

### Informator o Terminach Leczenia

Informator o Terminach Leczenia – Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił nowe narzędzie – funkcjonalną i przyjazną wyszukiwarkę, w której możemy sprawdzić, gdzie najszybciej uzyskamy pomoc lekarza. W bazie adresów i telefonów informatora znajduje się blisko czterdzieści tysięcy placówek medycznych, które udzielają świadczeń w ramach umowy z NFZ.

Korzystając z nowej wyszukiwarki sprawdzimy przede wszystkim:

- gdzie i kiedy najszybciej uzyskamy pomoc lekarza
- ile osób oczekuje aktualnie na leczenie w placówce, którą wybraliśmy
- czy w szpitalu lub poradni znajdują się udogodnienia dla pacjentów takie jak: parking, podjazd dla wózków, winda czy specjalnie dostosowana łazienka dla osób niepełnosprawnych.

Znajdziemy tam również adresy, numery telefonów do poszczególnych poradni i szpitali. Możemy również sprawdzić na mapie, gdzie znajduje się dany szpital czy poradnia.

Adres strony: <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/>

Informator o Terminach Leczenia powstał z myślą o pacjentach oraz przy ich współpracy. Jest odpowiedzią na zgłaszane przez pacjentów potrzeby. Zastąpił funkcjonującą poprzednio wyszukiwarkę: kolejki.nfz.gov.pl. Zmianie uległa nie tylko szata graficzna, ale również sposób prezentowania danych. Dodano nowe funkcjonalności dedykowane osobom niepełnosprawnym, takie jak kontrast, powiększanie strony czy dostosowanie informatora do obsługi przez czytniki ekranu. W ten sposób realizowane są wymagania WCAG 2.0 określone w załączniku nr 4 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 roku w sprawie krajowych ram interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz.U. z 2017 roku, poz. 2247).

Warto przypomnieć, że informacje o terminach leczenia są przekazywane do NFZ bezpośrednio przez placówki medyczne. Szpitale i poradnie są zobowiązane do przekazywania co tydzień do Oddziału Wojewódzkiego NFZ informacji o prowadzonych listach osób oczekujących na leczenie. Jeżeli zdarzy się sytuacja, że termin, który usłyszymy umawiając się na wizytę w poradni jest inny od terminu zaprezentowanego w informatorze, można to zgłosić bezpośrednio poprzez stronę informatora w polu: **zgłoś uwagę**. Każde takie zgłoszenie będzie wyjaśnione z placówką medyczną.

Informator NFZ jest jednym z najpopularniejszych źródeł pozyskiwania informacji o terminach leczenia. Dotychczas średnio w miesiącu korzystało z niego ponad 53 tysiące użytkowników. Dziennie to około 8 tysięcy zapytań. Najczęstsze wyszukiwania dotyczą świadczeń rezonansu magnetycznego, poradni okulistyki czy oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej.



**KOLEJNE WYDANIE UKAŻE SIĘ 5 PAŹDZIERNIKA 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 Skarg i Wniosków  
tel. 32 735 05 45

[www.nfz-katowice.pl](http://www.nfz-katowice.pl)

Informacja Działu Lecznictwa Uzdrawiskowego  
tel. 32 735 05 22

Dyrektorka 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](http://www.nfz.gov.pl)