



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 członek 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, jeśli 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 zostaną przedstawione w wyżej wymienionych terminach, świadczenie zostaje udzielone na koszt chorego. 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 czternaście 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 ustaliśmy 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 okulistycznej 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 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