GDZIE SZUKAĆ POMOCY LEKARZA, GDY ZACHORUJEMY W CZASIE MAJÓWKI

Podczas wyjazdu poza miejsce zamieszkania mamy prawo skorzystać z pomocy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacji nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia. W godzinach nocnych oraz w dni wolne od pracy, a także w święta możemy zgłaszać się do wyznaczonych placówek, które realizują świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a w stanach nagłych także na szpitalny oddział ratunkowy lub szpitalne izby przyjęć. W krajach Unii Europejskiej/EFTA ze świadczeń opieki medycznej korzystamy na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ).

POTWIERDZENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ

Ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mogą korzystać osoby ubezpieczone oraz posiadające prawo do świadczeń na podstawie stosownych dokumentów. Do potwierdzania prawa do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej na terenie całej Polski służy system eWUŚ, dzięki któremu placówka medyczna elektronicznie na podstawie numeru PESEL (z ważnego dokumentu tożsamości) sprawdza uprawnienia pacjenta w danym dniu. W przypadku dzieci do 3. miesiąca życia, które mogą jeszcze nie posiadać własnego numeru PESEL, elektroniczne potwierdzenie dokonywane jest na podstawie numeru PESEL rodzica. Jeżeli jednak system eWUŚ nie potwierdzi naszego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w danym dniu, a w rzeczywistości prawo takie posiadamy, wówczas możemy przedstawić ważny dokument potwierdzający to prawo, a w przypadku jego braku – złożyć stosowne oświadczenie, a następnie wyjaśnić swój status ubezpieczeniowy u płatnika składek, w instytucji pobierającej składki lub w swoim oddziale NFZ. Dobrą praktyką zatem jest posiadanie podczas wyjazdu poza miejsce zamieszkania dokumentu potwierdzającego nasze prawo do świadczeń.

UWAGA! Jeśli nagle zachorujemy, a nie mamy przy sobie dowodu ubezpieczenia, możemy – w sytuacjach wątpliwych, jeśli zaistnieje taka potrzeba – dokument taki 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. 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.

● JEŚLI NASZEMU ZDROWIU I ŻYCIU NIE GROZI NIEBEZPIECZEŃSTWO

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Zgodnie z *Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* z pomocy lekarza rodzinnego korzystamy dokonując imiennego wyboru lekarza POZ poprzez złożenie w przychodni stosownej deklaracji wyboru. Jednak zgodnie z *Zarządzeniem nr 50/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna* świadczeniodawca, realizujący świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, zobowiązany jest udzielać świadczeń pacjentom nieznajdującym się na jego liście świadczeniobiorców oraz osobom innym niż ubezpieczeni (między innymi dzieciom, które nie ukończyły 18. roku życia, kobietom w okresie ciąży, porodu i połogu) w przypadkach uzasadnionych względami medycznymi, w szczególności w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Dotyczy to sytuacji, kiedy potrzebujemy pomocy lekarza, znajdując się poza miejscem zamieszkania. Także w obrębie własnego województwa na terenie działania tego samego oddziału wojewódzkiego NFZ mamy prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych u innego (niż wybrany w deklaracji) lekarza rodzinnego mającego podpisaną umowę z NFZ. Placówki POZ działają od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. Do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej możemy rejestrować się osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osób trzecich, a także internetowo, jeśli przychodnia posiada taką możliwość.

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 pielęgniarskie 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 jesteśmy zapisani).

STOMATOLOGICZNA POMOC DORAŹNA

Stomatologiczna pomoc doraźna jest udzielana pacjentom potrzebującym pilnej interwencji lekarza dentysty. Pomoc doraźna, 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

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.

KIEDY WEZWAĆ POGOTOWIE?

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

- **nagłego zatrzymania krążenia**
- **bólu w klatce piersiowej**
- **utraty przytomności**
- **upadku z wysokości**
- **złamania kości lub urazu stawu**
- **nagłych 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.

GDZIE SZUKAĆ POMOCY LEKARZA?

Listy placówek realizujących na terenie kraju świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, SOR i izby przyjęć 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?)

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

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

1. udać się do lekarza lub placówki medycznej, która działa w ramach systemu ubezpieczenia powszechnego
2. okazać Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (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 (zagraniczny odpowiednik oddziałów NFZ), a następnie pokryte przez NFZ.

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 ZAPŁACIĆ 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, zagraniczna placówka zdrowia nie honoruje przedstawionej EKUZ, nieznajomość języka oraz trudności w komunikowaniu się, nieznajomość 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).

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, ani kosztów transportu medycznego, 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 (tekst jednolity z 2016 roku, Dz. U. poz.1793 z późn. zm.),*
2. *Zarządzeniem nr 50/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna z późn. zm.,*
3. *Zarządzenie nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2013 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z późn. zm.,*
4. *Zarządzenie Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. z późn. zm. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne*
5. *Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity z 2016 roku, Dz. U. poz. 1868 z późn. zm.).*
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.*

KOMUNIKAT

2 maja 2017 r. dniem wolnym od pracy w Śląskim OW NFZ

Uprzejmie informujemy, że wtorek 2 maja 2017 r. będzie dniem wolnym od pracy w Śląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z tym, wszystkie Sekcje Obsługi Ubezpieczonych, Delegatury oraz siedziba Śląskiego OW NFZ będą tego dnia nieczynne. Przepraszamy za utrudnienia.

Wszystkie konieczne sprawy będzie można załatwić 4 i 5 maja w godzinach pracy Śląskiego OW NFZ: od 8.00 do 16.00. Ponadto zapraszamy do odwiedzenia Śląskiego OW NFZ w sobotę 13 maja 2017 r. Tego dnia wszystkie Sekcje Obsługi Ubezpieczonych, Delegatury oraz siedziba Śląskiego OW NFZ w Katowicach będą otwarte dla pacjentów i świadczeniodawców w godz. od 8.00 do 16.00.

KOLEJNE WYDANIE UKAŻE SIĘ 12 MAJA 2017 ROKU. SZUKAJ NAS W PIĄTKOWYM WYDANIU GAZETY!

Płatny materiał przygotowany i zlecony przez NFZ