



KOMUNIKAT DOTYCZĄCY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. ZASADY ZAPISÓW NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO:

- 1) Na wizytę do poradni specjalistycznych pacjent ma prawo zapisać się dowolnie wybranego dnia, w godzinach pracy rejestracji, osobiście, telefonicznie, drogą elektroniczną lub za pośrednictwem osób trzecich.
- 2) Na kolejność udzielania świadczeń zdrowotnych i zapisu na listę oczekujących ma wpływ widniejąca na skierowaniu kategoria medyczna. Do odpowiedniej kategorii medycznej kwalifikuje lekarz kierujący.
- 3) Kategorie medyczne określają co do zasady dwie grupy oczekujących: przypadki pilne i stabilne.
- 4) Przypadek pilny to konieczność pilnego udzielania świadczeń ze względu na dynamikę procesu chorobowego. To sytuacja, w której szybko pogorsza się stan zdrowia pacjenta lub maleją szanse na powrót do zdrowia.
- 5) Przypadek stabilny to sytuacja gdy, jest to przypadek inny niż przypadek pilny i przypadek nagły.
- 6) Przypadek nagły wymaga udzielenia świadczeń natychmiast z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.
- 7) Pacjentom zakwalifikowanym do kategorii przypadek pilny świadczenia udzielone są w pierwszej kolejności, przed pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii przypadek stabilny.
- 8) Świadczenia w poradniach specjalistycznych zakontraktowanych przez NFZ w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) udzielane są na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w ramach umowy z NFZ.

2. SKIEROWANIE NIE JEST WYMAGANE DO:

- 1) ginekologa i położnika;
- 2) dentysty;
- 3) wenerologa;
- 4) onkologa;
- 5) psychiatry;
- 6) lekarza medycyny sportowej;
- 7) psychologa;
- 8) optometrysty;

3. ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE BEZ SKIEROWANIA SĄ DOSTĘPNE RÓWNEŻ:

- 1) dla osób chorych na gruźlicę;
- 2) dla osób zakażonych wirusem HIV;
- 3) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej;
- 4) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
- 5) w zakresie leczenia uzależnień:
 - a) dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia,
 - b) dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia – osób spokrewnionych lub niespokrewnionych z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujących i gospodarujących, oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną;
- 6) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz uprawnionego żołnierza lub pracownika, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- 7) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz dla weterana poszkodowanego, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- 8) świadczeniobiorcom do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej,
- 9) świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie:
 - a) o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - b) o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.
- 10) psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży.

Skierowanie nie jest wymagane w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1) Od 1 stycznia 2013 roku podmioty wykonujące działalność leczniczą (zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), potwierdzają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej za pomocą systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ). W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w systemie eWUŚ, świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu potwierdzającego tożsamość może przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, które winno zawierać klauzulę następującej treści: *"Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych"*.

2) W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia (pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń):

- w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej;
- w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym.

3) Dokumenty potwierdzające uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej:

- dla osoby zatrudnionej na umowę o pracę:
 - raport miesięczny ZUS RMUA wydany przez pracodawcę + ZUS ZUA lub ZUS ZZA,
 - aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
 - legitymacja ubezpieczeniowa z aktualną datą i pieczęcią pracodawcy;
- dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:
 - aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne + ZUS ZUA (ZUS ZZA);
- dla osoby ubezpieczonej w KRUS:
 - zaświadczenie lub legitymacja wydana i aktualnie potwierdzona przez KRUS;

➤ dla emerytów i rencistów:

- legitymacja emeryta-rencisty,
- aktualne zaświadczenie z ZUS/ KRUS/WBE/ZER;

➤ dla osoby zarejestrowanej jako bezrobotna:

- aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy;

➤ dla osoby dobrowolnie ubezpieczonej:

- umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej + potwierdzenie zgłoszenia w ZUS (ZUS ZZA);

➤ dla osoby posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy wydana na określony okres;

➤ dla osób pobierających zasiłek chorobowy, wypadkowy, rehabilitacyjny, macierzyński:

- jest zaświadczenie o wypłacaniu zasiłku lub dokument potwierdzający wypłatę świadczenia pieniężnego.

Uwaga! Prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje w okresie pobierania zasiłku.

➤ dla osób przebywających na ciągłym zwolnieniu lekarskim:

- jest zaświadczenie z ZUS/KRUS informujące o ciągłości zwolnienia.

➤ dla osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty:

- jest zaświadczenie z ZUS/KRUS potwierdzające ubieganie się o przyznanie emerytury lub renty.

➤ dla członka rodziny ubezpieczonego:

- dowód opłacenia składki przez głównego płatnika oraz zgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny, np. druki: ZUS RMUA + ZUS ZCNA (ZCZA);
- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę;
- zaświadczenie wydane przez ZUS o zgłoszeniu członków rodziny; Dodatkowo dla uczniów i studentów (pomiędzy 18 a 26 r. ż.) niezbędna jest legitymacja szkolna lub studencka.

➤ dla osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji:

- poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP),
- certyfikat, • karta EKUZ.

4) Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje po:

➤ w przypadku zatrudnionych:

- 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;

➤ w przypadku osób zatrudnionych, korzystających z urlopu bezpłatnego:

- po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu;

- w przypadku osób bezrobotnych:
 - 30 dni od dnia wyrejestrowania z urzędu pracy.
- w przypadku osoby ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty:
 - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń;
- w przypadku osoby pobierającej zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym:
 - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku;
- w przypadku osoby, która ukończyła szkołę ponadgimnazjalną:
 - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów;
- w przypadku osoby, która ukończyła szkołę wyższą:
 - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 4 miesiące od dnia zakończenia nauki lub skreślenia z listy studentów;
- w przypadku osoby, której zawieszono prawa do renty socjalnej:
 - 90 dni od ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

5) Istotne informacje:

- zatrudnieni małżonkowie nie mogą zgłaszać się wzajemnie do ubezpieczenia zdrowotnego;
- małżonek zarejestrowany w Urzędzie Pracy nie może być zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny;
- student, po ukończeniu 26 lat nie może być zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez rodzica a jedynie przez uczelnię;
- student lub uczeń zatrudniony na umowę o pracę, np. w okresie wakacji, powinien być wyrejestrowany na okres zatrudnienia z tytułu członka rodziny, następnie ponownie zgłoszony. Płatnik składek, na wniosek ubezpieczonego dokonuje zgłoszenia członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Termin zgłoszenia oraz wyrejestrowania określa art. 67 ust 3 oraz art. 76a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które wskazują na okres 7 dni od daty powstania oraz wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia. Na każdej osobie ubezpieczonej ciąży obowiązek powiadomienia płatnika składek o utracie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członków rodziny. Dotyczy to sytuacji, gdy członek rodziny:
 - nabędzie własny tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, np. podejmie pracę w Polsce lub w krajach UE/EFTA, rozpocznie własną pozarolniczą działalność gospodarczą;
 - zarejestruje się jako osoba bezrobotna w Urzędzie Pracy;
 - ukończy szkołę średnią lub wyższą lub zostanie skreślona z listy uczniów lub studentów.

➤ **Gdy eWUŚ nie potwierdza prawa do świadczeń – gdzie to wyjaśnić? eWUŚ nie potwierdza prawa do świadczeń - dlaczego?**

• Informacje o osobie ubezpieczonej mogły nie zostać przekazane przez inne instytucje do bazy NFZ albo osoba ubezpieczona nie zgłosiła członków swojej rodziny do ubezpieczenia. W takiej sytuacji należy sprawdzić nasze i zgłoszonych przez nas osób, (np. dziecka, małżonka, wnuka) prawo do bezpłatnego leczenia u płatnika składek:

- pracownik – u pracodawcy;
- zleceniobiorca (osoba zatrudniona na umowę-zlecenie) – u zleceniodawcy;
- emeryt i rencista – w ZUS, KRUS, WBE/ZER;
- osoba, która pobiera zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne – w ZUS;
- osoba pobierająca zasiłek stały z pomocy społecznej – w ośrodku pomocy społecznej;
- osoby z wydaną decyzją na mocy art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – u wójta, burmistrza lub prezydenta miasta;
- przedsiębiorca – w ZUS;
- rolnik wraz z domownikami – w KRUS;
- osoby bezrobotne – w Urzędzie Pracy;
- osoby ubezpieczające się dobrowolnie - w NFZ.

Adam Fimiarz
/-/
Dyrektora
Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu