

Tym razem na podstawie leczenia protetycznego przybliżyliśmy pojęcie, z którym pod koniec roku niewątpliwie nie raz spotykamy się idąc do lekarza. Tym pojęciem jest „wyczerpany kontrakt”, które niesie informację: „pacjencie nie zostaniesz przyjęty”, ze wskazaniem na winowajcę, czyli NFZ. Oczywiście ten potocznie używany termin nie ma uzasadnienia, chyba że świadczeniodawca nieprawidłowo realizował kontrakt. Paniom przypominamy o programie profilaktyki raka szyjki macicy. Mamy także kilka informacji dotyczących rehabilitacji domowej oraz pomocy medycznej w Wielkiej Brytanii.

MAREK SZEWCZYK
Dyrektor
Śląskiego Oddziału
Wojewódzkiego NFZ

KRÓTKA ROZMOWA O USŁUGACH NIE TYLKO STOMATOLOGICZNYCH

– czyli rozmowa z Haliną SUDOŁ, Kierowniczką Działu Skarg i Wniosków Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Zbliża się nieuchronnie koniec roku. Jak się okazuje, jest to trudny czas dla wielu pacjentów, którzy często idąc do lekarza lub wybranego specjalisty dowiadują się, iż nie zostaną przyjęci ze względu na wyczerpanie kontraktu. Podobnie jest u stomatologów, którzy odmawiają wykonania np. protezy zębowej. Co w takim przypadku mają zrobić ubezpieczeni? Trzeba przede wszystkim pamiętać o tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia za realizację umów płaci świadczeniodawcom przez cały rok. Co miesiąc jest bowiem wypłacana 1/12 kwoty z całości kontraktu. Nie może być więc mowy o „wyczerpaniu” kontraktu. W przypadku dużej ilości ubezpieczonych chętnych do skorzystania ze świadczeń medycznych, poradnie powinny prowadzić rejestr oczekujących, natomiast w stanach nagłych udzielać pomocy bez względu na tę kolejność. Podobnie powinno być w przypadku oczekiwania na wykonanie protezy zębowej, choć tutaj problem jest dużo bardziej złożony.

Dlaczego?
Cała rzecz polega na tym, że gabinety stomatologiczne podpisując kontrakt z NFZ są zobowiązane do wykonania minimalnej liczby protez zębowych określonych w kontrakcie, natomiast liczba ponad minimalny limit ustalana jest przez świadczeniodawcę, a więc NFZ nie ogranicza liczby ich wykonania. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że gabinety stomatologiczne w większości wykonują

świadczenia z zakresu stomatologii (leczenie i usuwanie zębów), dlatego w ustalaniu liczby świadczeń stomatologicznych i protetycznych muszą rozplanować realizację kontraktu na cały rok. Nie mogą zatem twierdzić, że wyczerpany jest kontrakt na protezy. Fundusz zawarł również umowy na świadczenia realizowane w poradniach protetyki stomatologicznej, gdzie podstawowym świadczeniem jest leczenie protetyczne, co pozwala na znaczne zwiększenie wykonania protez zębowych. NFZ nie limituje liczby protez zębowych. Jeżeli do jednego gabinetu zgłosi się zbyt duża liczba pacjentów, świadczeniodawca jest zobowiązany do prowadzenia rejestru oczekujących. Jednak w tym przypadku nie ma zastosowania ocena pilności przypadku, a jedynie kolejność zgłoszenia. Pamiętajmy, że protezę finansowaną przez NFZ można wymienić co pięć lat.

A jeśli nie pamiętam, kiedy ostatni raz robiłem protezę na koszt NFZ, może się zdarzyć, że proteza zostanie wykonana wcześniej?

Wtedy można złożyć pisemny wniosek do NFZ wraz z podaniem numeru PESEL o potwierdzenie daty wykonania protezy. Pracownicy Funduszu ustalą dokładną datę i poinformują pisemnie, kiedy wskazana osoba nabywa prawo do wykonania następnej protezy. Jeżeli proteza zostanie wykonana wcześniej, niż określają to przepisy, NFZ nie zapłaci świadczeniodawcy za usługę.



PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

CEL: obniżenie umieralności kobiet spowodowanej rakiem szyjki macicy. Celem pośrednim jest podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat choroby oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania tego schorzenia, poprzez propagowanie badań cytologicznych, których niski koszt i wysoka skuteczność, czynią z nich najbardziej popularną metodę badań przesiewowych. Dzięki nim bowiem można wykryć zmiany rakowe oraz raka już we wczesnym okresie, co daje gwarancję najlepszych wyników leczenia, a także pozwala zmniejszyć koszty leczenia.

DLA KOGO: obejmuje wszystkie ubezpieczone kobiety w wieku 25 – 59 lat, które nie miały wykonywanych takich badań w ciągu ostatnich trzech lat.

GDZIE: realizowany jest w poradniach ginekologicznych (etap podstawowy) oraz w zakładach lub pracowniach wykonujących badania cytologiczne (etap diagnostyczny), które podpisały umowę z NFZ na realizację programu. Wykazy tych placówek dostępne są u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w siedzibie Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz na stronie internetowej www.nfz-katowice.pl.

JAK: wystarczy zgłosić się osobiście lub wcześniej umówić telefonicznie z wybraną placówką i ustalić dogodny termin wizyty. Należy mieć ze sobą dokument tożsamości oraz Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego. Skierowanie nie jest potrzebne.

W JAKI SPOSÓB: program realizowany jest w dwóch etapach:

- ETAP PODSTAWOWY** to następujący zakres świadczeń:
 - przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety
 - edukacja w zakresie zapobiegania nowotworowi raka szyjki macicy
 - pobranie materiału do badania
 - wysłanie pobranego materiału wraz z ankietą do pracowni diagnostycznej
 - wręczenie pacjentce wyniku badań z zaleceniami lub skierowanie do odpowiedniej placówki
- ETAP POGŁĘBIENEJ DIAGNOSTYKI** obejmuje:
 - badanie kolposkopowe z ewentualnym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego
 - wydanie decyzji co do dalszego postępowania i leczenia w ramach kontraktu z NFZ

Zadaniem zakładu realizującego etap diagnostyczny jest:

- wykonanie oceny mikroskopowej materiału cytologicznego przesłanego przez placówkę realizującą etap podstawowy
- przesłanie wyniku do poradni, która pobrała materiał do badania
- prowadzenie bazy danych, archiwizacja wyników i zgłaszanie wyników dodatnich do regionalnego Rejestru Nowotworów

REHABILITACJA DOMOWA

CO TO TAKIEGO: porady lekarskie i zabiegi fizjoterapeutyczne oraz edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny, udzielane w miejscu zamieszkania lub przebywania pacjenta.

DLA KOGO: dla ubezpieczonych, wymagających rehabilitacji bądź fizjoterapii, którzy ze względu na stopień niepełnosprawności nie mogą korzystać z rehabilitacji ambulatoryjnej; z zaburzeniami funkcji narządu ruchu, rękoma poprawę, spowodowanymi m.in.:

- ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stany po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) do 12 miesięcy od zdarzenia,
- uszkodzeniem rdzenia kręgowego do 12 miesięcy od powstania uszkodzenia,
- chorobami przewlekłymi postępującymi (np.: miopia, rdzeniowy zanik mięśni, guzy mózgu, reumatoidalne zapalenie stawów, choroba Parkinsona, zapalenie wielomięśniowe, kolagenozy, itp.),
- chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych po zabiegach endoprotezoplastyki stawu do 6 miesięcy po operacji,
- urazami kończyn dolnych do 6 miesięcy po urazie.

JAK UZYSKAĆ REHABILITACJĘ DOMOWĄ: po otrzymaniu skierowania do poradni rehabilitacyjnej należy zgłosić się do placówki realizującej kontrakt

z NFZ oraz ustalić termin wizyty lekarskiej w domu. Lekarz specjalista poradni rehabilitacyjnej po wizycie podejmuje decyzję o leczeniu rehabilitacyjnym oraz ustala jego program.

JAK PRZEBIEGA REHABILITACJA: przebieg rehabilitacji jest uzależniony od wskazań lekarskich. To lekarz określa częstotliwość (ilość) zabiegów w ciągu tygodnia. Program usprawniania realizowany jest przez fizjoterapeutę minimum trzy razy w tygodniu lub częściej, w zależności od potrzeb zdrowotnych pacjenta, nie mniej niż jedną godzinę dziennie.

JAK DŁUGO MOŻNA KORZYSTAĆ Z REHABILITACJI: czas rehabilitacji domowej wynosi do czterech tygodni, z możliwością powtarzania co dwanaście tygodni, w zależności od stanu zdrowia pacjenta. W przypadkach uzasadnionych NFZ finansuje przedłużoną rehabilitację w warunkach domowych.

CO DALEJ: w trakcie trwania rehabilitacji fizjoterapeuta współpracuje z pielęgniarką środowiskową, która po zakończeniu rehabilitacji przejmuje opiekę nad chorym. Po zakończeniu procesu usprawniania lekarz poradni rehabilitacyjnej informuje o wynikach leczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a kopia informacji zostaje umieszczona w dokumentacji pacjenta.



Wyjeżdżam do...

Wielkiej Brytanii

Jak uzyskam opiekę medyczną?

potrzebna ci będzie Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego. Na jej podstawie przysługuje opieka zdrowotna w zakresie koniecznym, świadczona przez lekarzy, przychodnie i szpitale państwowej służby zdrowia. Na podstawie EKUZ nie są pokrywane koszty planowanego leczenia za granicą oraz koszty transportu medycznego do Polski. EKUZ nie zapewnia również pokrycia opłat za świadczenia zdrowotne, obowiązujących w większości państw, aby uniknąć tych kosztów wskazane jest więc wykupienie dodatkowego prywatnego ubezpieczenia.

Gdzie znajdę opiekę zdrowotną?

w placówkach National Health Service – NHS (Narodowej Służby Zdrowia), tzn. lekarzy rodzinnych (GP), przychodniach (NHS Walk – in Centres) i szpitalach NHS. Przedstaw lekarzowi Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz dowód tożsamości. Aby uzyskać leczenie specjalistyczne i szpitalne potrzebne ci będzie skierowanie, lecz w nagłych przypadkach możesz zgłaszać się bezpośrednio na oddział ratunkowy szpitala (Accident and Emergency Department). Adresy lekarzy NHS znajdziesz pod numerem NHS Direct – 0845 46 47, a także w lokalnym urzędzie ds. opieki zdrowotnej: w Anglii są to Primary Care Trusts, w Walii – Local Health Boards, w Szkocji – Health Boards, a w Irlandii Północnej – Health and Social Services Boards.

Gdzie i za co zapłać?

leki na receptę wydawane są bezpłatnie dzieciom do lat 16, uczniom do 18 roku życia, kobietom w ciąży i osobom powyżej 60 roku życia, pozostałe muszą ponieść opłatę ryczałtową (£ 6,40) za każdy lek. Część kosztów musisz ponieść także w przypadku leczenia stomatologicznego: ryczałtową opłatę za badanie oraz 80% kosztów leczenia. Płatne jest także badanie wzroku. Z opłat tych zwolnione są kobiety w ciąży i dzieci do 16 bądź do 18 roku życia, jeśli się uczą.

Transport sanitarny

numer pogotowia: 999 lub 112. Koszty transportu powrotnego do Polski będziesz musiał w całości pokryć sam.

Recepty

uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz praktykujący w ramach NHS.

Leczenie prywatne

jeśli skorzystasz z opieki placówki działającej poza systemem NHS, będziesz musiał opłacić pełne koszty leczenia, bez prawa do ich zwrotu.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

potrzebujesz oryginały rachunków, dowody zapłaty, które wraz z wnioskiem o zwrot kosztów składasz w oddziale wojewódzkim NFZ w Katowicach po powrocie do Polski.

Miejsce, gdzie w razie wątpliwości można uzyskać informacje – Instytucja łącznikowa

Department for Work and Pensions
The Pension Service
International Pension Centre
Tyneview Park
NE98 1BA
Newcastle Upon Tyne
United Kingdom
Tel. 0044 191 2181999
Fax 0044 191 2187375

lub NHS Direct tel. 08 45 46 47

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

www.nfz-katowice.pl

www.nfz.gov.pl

- **Informacja ogólna**
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 19 00
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice, tel. 032 735 05 05
- **Biurowisko Rzecznika Praw Pacjenta Śląskiego OW NFZ**
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 17 07
- **Biurowisko Działu Skarg i Wniosków**
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,
tel. 032 735 05 90, 032 735 05 63, 032 735 05 13, 032 735 05 16,
032 735 05 82, 032 735 05 45
- **Informacja dotycząca Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ)**
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 18 00

- **Informacja na temat leczenia w Unii Europejskiej**
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 16 97, 032 735 17 63, 032 735 16 25
- **Informacja na temat Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)**
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 18 87, 032 735 18 78, 032 735 18 86
- **Informacja dotycząca rozliczania (refundacji) kosztów leczenia w krajach Unii Europejskiej**
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 17 65, 032 735 16 73, 032 735 15 67
- **Informacja Działu Lecznictwa Uzdrawiskowego**
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice, tel. 032 735 05 22
- **Dział ds. Środków Pomocniczych i Przedmiotów Ortopedycznych**
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice, tel. 032 735 05 56, 032 735 05 57