

To przedostatnie spotkanie z Państwem w tym roku, i kto wie, czy nie w ogóle. Koszty druku naszej strony niestety uległy wielkiemu podwyższeniu i będziemy zmuszeni do zawieszenia tej formy przekazywania informacji, które są konieczne do świadomego poruszania się w systemie opieki zdrowotnej w kraju i za granicą. Niemniej mamy nadzieję, że w niedalekiej przyszłości uda nam się wypracować inny sposób na to, by mieli Państwo dostęp do wszelkiej niezbędnej wiedzy o tym, gdzie i jak się leczyć. Tymczasem przedstawiamy kolejne wiadomości, które, jak jesteśmy przekonani, będą pomocne.

SKIEROWANIA na BADANIA...

... DODATKOWE

Jeżeli stan naszego zdrowia tego wymaga, lub też lekarz do prawidłowego zdiagnozowania choroby albo kontynuowania leczenia potrzebuje dodatkowych danych medycznych, może wydać decyzję o skierowaniu nas na bezpłatne badania diagnostyczne. Do tego niezbędne jest skierowanie. Wydaje je ten lekarz, któremu potrzebny jest wynik badania, bez względu na to, czy jest to lekarz rodzinny, czy lekarz specjalista. Oznacza to, że jeśli lecysz się np. u neurologa, nie musisz iść do lekarza rodzinnego, gdyż to właśnie neurolog wystawi skierowanie na badania dodatkowe. Ten sam lekarz wskaże jednocześnie miejsce wykonania badań, gdyż można je zrobić tylko w tych pracowniach lub laboratoriach, które mają podpisane umowy z daną przychodnią. Oznacza to, że w przypadku zrobienia badań w innej niż placówka wskazana, będziesz musiał ponieść koszty ich wykonania.

Lista niezbędnych badań diagnostycznych realizowanych w ramach ubezpieczenia:

- 1. Badania hematologiczne:** morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym; płytki krwi; retikulocyty; odczyn opadania krwinek czerwonych (OB).
- 2. Badania biochemiczne i immunologiczne w surowicy krwi:** sód; potas; wapń całkowity; żelazo; stężenie transferyny; mocznik; kreatynina; glukoza; test obciążenia glukozą; białko całkowite; proteinogram; albuminy; kwas moczowy; cholesterol całkowity; cholesterol-HDL; cholesterol-LDL; triglicerydy (TG); bilirubina całkowita; bilirubina bezpośrednia; fosfataza alkaliczna (ALP); aminotransferaza asparaginianowa (AST); aminotransferaza alaninowa (ALT); gammaglutamylotranspeptydaza (GGT); amylaza; kinaza kreatynowa (CK); fosfataza kwaśna całkowita (ACP); czynnik reumatoidalny (RF); miano antystreptolizyn O (ASO); hormon tyreotropowy (TSH); antygen Hbs-AgHBs; VDRL.
- 3. Badania moczu:** ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu; ilościowe oznaczanie białka; ilościowe oznaczanie glukozy; ilościowe oznaczanie wapnia; ilościowe oznaczanie amylazy.
- 4. Badania kału:** badanie ogólne; pasożyty; krew utajona – metodą immunologiczną.
- 5. Badania układu krzepnięcia:** wskaźnik protrombinowy (INR); czas kaolinowo-kefalinowy (APTT); fibrynogen.
- 6. Badania mikrobiologiczne:** posiew moczu z antybiogramem; posiew wymazu z gardła; ogólny posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella; Shigella; białko C-reaktywne (CRP).
- 7. Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku.**
- 8. Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej.**

- 9. Zdjęcia radiologiczne:** zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej; zdjęcia kostne – w przypadku kręgosłupa; kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej; zdjęcie czaszki i zatok w projekcji AP i bocznej; zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej.

Lekarz może zlecić również badania spoza tej listy, które, jeżeli zostaną zrobione we wskazanej placówce po okazaniu ważnego skierowania z pieczęciami lekarza i przychodni kierującej, także można wykonać bezpłatnie.

.... DO SPECJALISTY

Kiedy musimy skorzystać z pomocy lekarza specjalisty, również trzeba pamiętać o skierowaniu, które wystawia nam lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowania nie są wymagane natomiast do następujących specjalistów:

- * ginekologa i położnika,
- * dentysty,
- * dermatologa,
- * wenerologa,
- * onkologa,
- * okulisty,
- * psychiatry.

Skierowanie do specjalistów nie jest wymagane również od osób:

- * chorych na gruźlicę,
- * zakażonych wirusem HIV,
- * inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów,
- * uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie lecznictwa odwykowego.

Skierowanie, które jest wystawiane na daną jednostkę chorobową, jest ważne do momentu jego realizacji, a ważność traci w chwili, kiedy ustala przyczyna jego wystawienia. Jeżeli więc leczenie danego schorzenia przeciąga się, nie wymaga się odnawiania takiego skierowania. Podobnie jest w przypadku leczenia chorób przewlekłych, kiedy po ustabilizowaniu stanu pacjenta, powraca on pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, gdy jednak ma wyznaczone przez specjalistę wizyty kontrolne, również nie ma obowiązku ponownego okazywania skierowania.

Warto także wiedzieć, że w stanach nagłych świadczenia zdrowotne u specjalisty są udzielane bez wymaganego skierowania.

... DO SZPITALA

Skierowanie wystawiane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej bądź lekarza specjalistę potrzebne jest również do szpitala, z wyjątkiem wszystkich nagłych wypadków.



Wyjeżdżam do... Niemiec

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, które obowiązują w większości państw, aby uniknąć ich płaćenia wskazane jest więc wykupienie dodatkowego prywatnego ubezpieczenia.

Gdzie znajdę opiekę zdrowotną?

W placówkach służby zdrowia, mających umowę z kasą chorych. W lokalnej kasie Krankenkasse można otrzymać ich listę. Przedstaw lekarzowi Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz dowód tożsamości. Aby uzyskać leczenie specjalistyczne i szpitalne, potrzebne Ci będzie skierowanie, lecz w nagłych wypadkach możesz zgłaszać się bezpośrednio do szpitala, nie zapominając o okazaniu EKUZ. Kiedy korzystasz ze świadczeń ambulatoryjnych, zobowiązany jesteś do wyboru niemieckiej kasy chorych, która pokryje niemieckiemu lekarzowi koszty Twojego leczenia; możesz wybrać jedną kasę spośród:

- * Lokalnych kas chorych (AOK),
- * Pracowniczych kas chorych (BKK),
- * Zastępczych kas chorych (BEK, DAK i innych),
- * Cechowych kas chorych (IKK),
- * Rolniczych kas chorych,
- * Morskich kas chorych.

Gdzie i za co zapłacić?

We własnym zakresie pokrywasz następujące koszty leczenia:

- przy pierwszej wizycie u lekarza rodzinnego w danym kwartale pobierana jest opłata w wysokości 10 EUR. Podczas kolejnych wizyt u tego samego lekarza wystarczy okazać dowód poprzedniej zapłaty
- za pierwszą wizytę u stomatologa w danym kwartale również należy wnieść opłatę 10 EUR. Taka sama opłata obowiązuje za każdą pierwszą wizytę u innego lekarza lub stomatologa
- wizyta u specjalisty ze skierowaniem lekarza rodzinnego jest bezpłatna, natomiast w przypadku braku skierowania jej koszt wynosi 10 EUR
- opłata za leczenie szpitalne wynosi 10 EUR za dzień pobytu, nie więcej niż za 28 dni w ciągu roku. Należy także pokryć koszty świadczeń ponadstandardowych dostępnych w szpitalu. Dopłaty za rehabilitację wynoszą 10 EUR za dzień
- odpłatność za leki przepisane na różowej recepcie Kassenrezept wynosi 10% ceny, jednak nie mniej niż 5 EUR i nie więcej niż 10 EUR. W przypadku, gdy istnieje tańszy odpowiednik przepisane leku, poza tą dopłatą musisz pokryć także różnicę cen
- opłata za leki nie ponoszą kobiety w ciąży
- z opłat za leczenie szpitalne i leki zwolnione są dzieci do 18 roku życia
- jeśli nie przedstawiś wymaganych dokumentów, zostaniesz obciążony kosztami leczenia jako pacjent prywatny. Recepty wystawione w takim przypadku będą realizowane przez apteki za pełną odpłatnością. Nie obowiązuje wtedy system dopłat. Lekarz jednak zwróci Ci pobrane honorarium, jeśli dostarczysz mu EKUZ do końca kwartału, w którym korzystałeś z leczenia. W przypadku leczenia stomatologicznego termin ten wynosi 10 dni od udzielenia świadczenia.

Transport sanitarny

Nr pogotowia – 112. Transport sanitarny w Niemczech zapewniają instytucje niezwiązane ze szpitalami. Przewoźnikowi także musisz okazać EKUZ. Jeśli z jakichś względów nie jest to możliwe, gdy tylko otrzymasz rachunek, kopię EKUZ niezwłocznie prześlij wraz z rachunkiem do instytucji, która go wystawiła. Za transport sanitarny do szpitala na terytorium Niemiec obowiązuje dopłata w wysokości 10%, jednak nie mniej niż 5 EUR i nie więcej niż 10 EUR. Koszty przewozu na leczenie ambulatoryjne są refundowane tylko w wyjątkowych przypadkach. Koszty transportu powrotnego do Polski będziesz musiał w całości pokryć sam.

Recepty

Uprawniony do wystawiania recepty objętej refundacją jest lekarz, który podpisał kontrakt z daną kasą chorych.

Dokumenty niezbędne do uzyskania zwrotu kosztów

Potrzebujesz oryginały lub kopie rachunków, dowodów zapłaty, recept i zleceń, 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:

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA)
Pennefeldsweg 11 - 15
53177 Bonn
Deutschland
tel. 00 49 228 95 30-0
fax 00 49 228 95 30-6 00
post@dvka.de
www.dvka.de



MAREK SZEWCZYK
Dyrektor
Śląskiego Oddziału
Wojewódzkiego NFZ

PRAWO DO KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ POZA KOLEJNOŚCIĄ

W dniu 14 września 2007 roku została opublikowana ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 roku zmieniająca ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w której pojawił się zapis budzący wiele kontrowersji. W świetle artykułu 47c osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1 (a więc Świadczeniobiorcy, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Przeszczepu” i przedstawiają stosowne legitymacje poświadczające posiadanie powyższych tytułów), inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania

poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach. Zgodnie ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia, wymienione osoby nie mogą więc być umieszczane przez Świadczeniodawców na listach oczekujących. Powyższy zapis w ustawie, który ma tej właśnie grupie ubezpieczonych ułatwić dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, wynika z potrzeby docenienia oraz otoczenia specjalną opieką medyczną grup społecznych, jaką stanowią krwiodawcy i dawcy przeszczepów oraz inwalidzi wojenni, wojskowi, a także kombatanci.

PROGRAM WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY

CEL: zwiększenie wczesnej wykrywalności jaskry oraz możliwości sprawowania specjalistycznej opieki nad pacjentem z rozpoznaną chorobą, a tym samym obniżenie wskaźnika ślepoty wśród populacji polskiej z powodu jaskrowego zaniku nerwu wzrokowego.

DLA KOGO: obejmuje ubezpieczonych w wieku powyżej 35 roku życia.

GDZIE: realizowany jest w poradniach okulistycznych, 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:

I. ETAP obejmuje:

- * przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety
- * edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki i objawów jaskry
- * badanie okulistyczne
- * decyzję co do dalszego postępowania

Osoby z nieprawidłowym wynikiem badania są kierowane do placówki realizującej drugi etap programu.

II. ETAP obejmuje:

- * komputerowe badanie pola widzenia
- * decyzję co do dalszego postępowania, ewentualnie skierowanie do leczenia w ramach kontraktu z NFZ.

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
- Biuro Rzecznika Praw Pacjenta Śląskiego OW NFZ**
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 17 07
- Biuro 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