

# IDĘ DO LEKARZA - JAKIE DOKUMENTY SĄ MI POTRZEBNE?

## PO PIERWSZE – DOKUMENT POŚWIADCZAJĄCY POSIADANIE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Artykuł 49 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa, iż „dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiających potwierdzenie wykonania świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego” (chodzi tu o kartę elektroniczną, tzw. chipową), która powinna zawierać w szczególności następujące dane:

- imię (imiona) i nazwisko
- datę urodzenia
- numer PESEL lub w przypadku jego nieposiadania – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość
- numer identyfikacyjny instytucji ubezpieczenia zdrowotnego
- dwuznakowy kod ISO 3166 – 1 dla Rzeczypospolitej Polskiej
- datę ważności karty
- numer identyfikacyjny karty

Tak więc podstawowym dokumentem, który na obszarze województwa śląskiego potwierdza nasze prawo do uzyskania świadczeń medycznych w ramach powszechnej opieki medycznej jest elektroniczna **Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ)**, którą należy okazywać przy każdej wizycie u lekarza.

**WAŻNE!!!** Pamiętajmy jednak, iż Karta Ubezpieczenia jest ważna i tylko wtedy możemy z niej korzystać, jeżeli jesteśmy zgłoszeni przez zobowiązanego płatnika (np.: nasz zakład pracy) do ubezpieczenia zdrowotnego. Jeśli jednak nadal będziemy się posługiwać kartą, nawet, gdy utraciliśmy już prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a więc w sytuacji kiedy nie jesteśmy zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez żadnego z płatników, w takim przypadku będziemy zobowiązani do pokrycia kosztów uzyskania świadczeń opieki medycznej.

**UWAGA!** świadczeniodawca udzielający świadczeń, wyjątkowo, gdy ma uzasadnione wątpliwości dotyczące aktualnego ubezpieczenia, może żądać dodatkowego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie. Takim dokumentem, zgodnie z art. 240 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest:

1. Dla osób pracujących:
  - o poświadczona pieczęcią i podpisem pracodawcy z aktualną datą kopie formularzy ZUS (jeden z trzech wymienionych): ZUS ZUA, ZUS RMUA lub ZUS ZZA,
  - o zaświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, wystawione przez pracodawcę, potwierdzone pieczęcią i podpisem, z aktualną datą,
  - o aktualnie potwierdzona przez płatnika legitymacja ubezpieczeniowa – ważność 30 dni od daty potwierdzenia (przez 30 dni po ustaniu zatrudnienia – zwolnieniu – przysługuje prawo do bezpłatnych świadczeń).
2. Dla osób prowadzących działalność gospodarczą:
  - o druk ZUS ZUA i potwierdzenie opłacenia składek w postaci wyciągu z konta bankowego, zawierającego informację o składce na ubezpieczenie zdrowotne (potwierdzone pieczęcią i podpisem właściciela) lub zaświadczenia pocztowego ostatni dowód wpłaty na ubezpieczenie zdrowotne (z aktualną datą).
3. Dla osoby dobrowolnie ubezpieczonej:
  - o umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej.
4. Dla osób zarejestrowanych w Urzędzie Pracy lub otrzymujących świadczenia z Ośrodka Pomocy Społecznej:
  - o zaświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, wydane przez płatnika składek – Powiatowy Urząd Pracy lub Ośrodek Pomocy Społecznej, poświadczona pieczęcią, z aktualną datą.
5. Dla osób ubezpieczonych w KRUS:
  - o zaświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego z KRUS (lub dowód ostatniej wpłaty), poświadczona pieczęcią, z aktualną datą.
6. Dla emerytów i rencistów, otrzymujących świadczenia z ZUS:
  - o ostatni odcinek emerytury lub renty, jeśli jest aktualnie dostarczany przy wypłacie świadczenia,
  - o nowa legitymacja emeryta/rencisty (plastikowa),
  - o decyzja o przyznaniu emerytury lub renty.
7. Dla uczniów i studentów
  - o dokumenty jak dla innych członków rodziny oraz aktualna legitymacja uczniowska lub studencka (dla osób po 18 roku życia).
8. Dla członków rodzin, ubezpieczanych przez swoich bliskich (współmałżonków, rodziców, dziadków itp.):
  - o jeśli osoba ubezpieczająca jest **pracobiorcą** – oprócz druku ZUS ZUA, ZUS RMUA czy ZUS ZZA – druk ZUS ZCZA lub ZUS ZCNA, poświadczony pieczęcią i podpisem pracodawcy, z aktualną datą, albo aktualnie potwierdzona przez płatnika legitymacja ubezpieczeniowa – ważność 30 dni od daty potwierdzenia, z wpisanymi członkami rodziny, uprawnionymi do bezpłatnych świadczeń,
  - o jeśli osoba ubezpieczająca **prowadzi działalność gospodarczą** – kopia druku ZUS ZCZA z pieczęcią ZUS, poświadczona przez ubezpieczającego, z aktualną datą oraz potwierdzenie opłacenia składek w postaci wyciągu z konta bankowego zawierającego informację o składce na ubezpieczenie zdrowotne (potwierdzone pieczęcią i podpisem właściciela) lub zaświadczenia pocztowego ostatni dowód wpłaty na ubezpieczenie zdrowotne (z aktualną datą),
  - o jeśli osoba ubezpieczająca jest **zarejestrowana w Urzędzie Pracy** – zaświadczenie z PUP z adnotacją o zgłoszeniu członka (członków) rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, data urodzenia, data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego),
  - o jeśli osoba ubezpieczająca **otrzymuje świadczenia z Ośrodka Pomocy Społecznej** – zaświadczenie, że przy jej świadczeniu członek rodziny został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego,

- o jeśli osoba ubezpieczająca jest **ubezpieczona w KRUS** – zaświadczenie potwierdzające zgłoszenie członka (członków) rodziny do ubezpieczenia w KRUS,
  - o jeśli osoba ubezpieczająca jest **emerytem lub rencistą** – oprócz ostatniego odcinka emerytury lub renty albo nowej legitymacji ZUS – zaświadczenie z ZUS z informacją o zgłoszeniu członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego.
9. Ponadto dokumentem, potwierdzającym prawo do korzystania ze świadczeń przez osoby spełniające kryteria dochodowe, o których mowa w art. 8 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, jest m.in. decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy.

### UWAGA!!!

W przypadku stanu nagłego Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (lub inny ważny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej) możemy okazać w późniejszym czasie, ale nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia leczenia (o ile nadal przebywamy w szpitalu) lub w terminie 7 dni od dnia zakończenia leczenia. Jeżeli wymaganego dokumentu nie dostarczymy w wyznaczonych terminach, będziemy musieli pokryć koszty udzielonego leczenia, co oznacza, że jeśli nawet doniesiemy Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, ale po terminie, nie zwolni to nas niestety z wymaganych opłat, ani też nie będzie stanowiło podstawy do zwrotu kosztów leczenia.

### WARTO WIEDZIEĆ!

- Może się zdarzyć, że po włożeniu naszej Karty do czytnika pojawiają się dane innego ubezpieczonego albo informacja o zablokowaniu karty, nawet jeśli nie zgłaszaliśmy faktu jej zagubienia lub kradzieży. Przyczyną takiego nieprawidłowego stanu jednak nie musi być wada samej Karty. Sytuacja taka bowiem może być spowodowana błędem w lokalnej bazie świadczeniodawcy. W takim przypadku świadczeniodawca powinien upewnić się, że Karta nie jest zablokowana przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, a następnie skontaktować się z Działem Rejestru Usług Medycznych Śląskiego OW NFZ, aby usunąć usterkę.
- Obcokrajowcy, którzy starają się o Kartę powinni spełniać warunki zarówno stawiane w tym zakresie innym ubezpieczonym, jak również zgodnie z zapisami artykułu 3 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. A jeśli nie posiadają numeru PESEL mogą uzyskać kartę tymczasową, wydawaną przez Wydział Spraw Świadczeniobiorców Śląskiego Oddziału NFZ.
- Osoby, które otrzymują zasiłek rehabilitacyjny nie mogą uzyskać Karty, jeśli ustał ich stosunek pracy. W tej sytuacji mogą natomiast uzyskać zaświadczenie uprawniające do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, wydane przez Wydział Spraw Świadczeniobiorców.
- Rodzice lub opiekunowie dzieci do szóstego miesiąca życia nie muszą okazywać Karty ani żadnego innego dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie dziecka, sami natomiast powinni być ubezpieczeni.

W sprawach dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego informacji udziela Wydział Spraw Świadczeniobiorców.

W sprawach dotyczących bezpośrednio Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego informacji udziela Dział Rejestru Usług Medycznych pod numerem telefonu 032 735 18 00  
Pod tym numerem przyjmowane są również zgłoszenia o kartach zgubionych i skradzionych.

## PO DRUGIE – SKIEROWANIE

Pamiętajmy, że oprócz dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne w niektórych przypadkach będziemy jeszcze potrzebowali skierowania, zwłaszcza jeżeli będziemy chcieli zrobić badania dodatkowe, pójść do lekarza specjalisty, czy jeśli stan naszego zdrowia wymagał będzie leczenia szpitalnego.

### BADANIA DODATKOWE

Jeżeli stan naszego zdrowia tego wymaga lub też lekarz do prawidłowego zdiagnozowania choroby albo kontynuowania leczenia potrzebuje więcej danych medycznych, może wysłać nas na dodatkowe badania diagnostyczne. Do tego niezbędne jest skierowanie. Wydaje je ten lekarz, któremu potrzebny jest wynik badania, bez względu na to, czy jest to lekarz rodziny, czy lekarz specjalista. Oznacza to, że jeśli leczysz się np. u neurologa, nie musisz iść po skierowanie 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:

**Wykaz badań diagnostycznych zleczanych i finansowanych przez lekarza poza, niezbędnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej**

#### 1. Badania hematologiczne:

1. morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym;
2. płytki krwi;
3. retikulocyty;
4. odczyn opadania krwinek czerwonych (OB);
5. poziom glikozylacji hemoglobiny (HbA1c)

#### 2. Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi:

1. sód;
2. potas;
3. wapń całkowity;
4. żelazo;
5. stężenie transferyny;
6. mocznik;
7. kreatynina;
8. glukoza;
9. test obciążenia glukozą;
10. białko całkowite;
11. proteinogram;
12. albumina;
13. kwas moczowy;
14. cholesterol całkowity;
15. cholesterol-HDL;
16. cholesterol-LDL;
17. triglicerydy (TG);
18. bilirubina całkowita;
19. bilirubina bezpośrednia;

20. fosfataza alkaliczna (ALP);
21. aminotransferaza asparaginianowa (AST);
22. aminotransferaza alaninowa (ALT);
23. gammaglutamylotranspeptydaza (GGT);
24. amylaza;
25. kinaza kreatynowa (CK);
26. fosfataza kwaśna całkowita (ACP);
27. czynnik reumatoidalny (RF);
28. miano antystreptolizyn O (ASO);
29. hormon tyreotropowy (TSH);
30. antygen HBs-AgHBs;
31. VDRL

#### 3. Badania moczu:

1. ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu;
2. ilościowe oznaczenie białka;
3. ilościowe oznaczenie glukozy;
4. ilościowe oznaczenie wapnia;
5. ilościowe oznaczenie amylazy.

#### 4. Badania kału:

1. badanie ogólne;
2. pasożyty;
3. krew utajona - metodą immunochemiczną.

#### 5. Badania układu krzepnięcia:

1. wskaźnik protrombinowy (INR);
2. czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);
3. fibrynogen.

#### 6. Badania mikrobiologiczne:

1. posiew moczu z antybiogramem;
2. posiew wymazu z gardła;
3. ogólny posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella; Shigella;
4. białko C-reaktywne (CRP).

#### 7. Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku.

#### 8. Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej.

#### 9. Zdjęcia radiologiczne:

1. zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej;
2. zdjęcia kostne - w przypadku kręgosłupa; kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej;
3. zdjęcie czaszki i zatok w projekcji AP i bocznej;
4. 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.

## LECZENIE U 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 specjalisty nie jest wymagane również od osób:

- chorych na gruźlicę,
- zakażonych wirusem HIV,
- inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatanów,
- cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
- uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie lecznictwa odwykowego,
- uprawnionych żołnierzy lub pracowników (w zakresie urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa).

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 naszego zdrowia, powracamy pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Kiedy jednak mamy wyznaczone przez specjalistę wizyty kontrolne, również nie mamy obowiązku ponownego okazywania skierowania. Warto także wiedzieć, że w stanach nagłych świadczenia zdrowotne u specjalisty są udzielane bez wymaganego skierowania.

## SKIEROWANIE DO SZPITALA

Skierowanie na leczenie szpitalne wystawiane jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej bądź lekarza specjalistę. Wyjątek stanowią stany nagłe – wtedy do szpitala jesteśmy przyjmowani bez skierowania.

## SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ

Skierowanie na rehabilitację, które otrzymaliśmy od specjalisty ma ograniczoną ważność. Pamiętajmy, że w ciągu 30 dni musimy znaleźć placówkę zdrowotną, w której zarejestrujemy się na zabiegi. Jeżeli nie zrobimy tego przed upływem tego czasu, skierowanie straci swoją ważność. Po zarejestrowaniu świadczeniodawca wyznaczy nam termin zabiegów. Pamiętajmy, że do placówki medycznej celem zarejestrowania się i wyznaczenia terminu badań lub zabiegów musimy zgłosić się osobiście.

### Podstawa prawna

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz.2135 z późn. zm.).
2. Zarządzenie nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 roku z późn. zm.
3. Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 roku z późn. zm.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 13 maja 2008 roku nr 81, poz. 484).
5. Zarządzenie nr 80/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
6. Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. nr 115, poz. 728 z późn. zm.).

NFZ

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 73535 05 45

#### Informacja dotycząca Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ)

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 18 00

#### Informacja dotycząca zasad wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) oraz dokumentów potrzebnych do jej otrzymania

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 18 87,

032 735 18 78, 032 735 18 72

#### Informacja dotycząca zasad rozliczania (refundacji) kosztów leczenia poniesionych przez ubezpieczonych w krajach UE/EFTA

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. (0048) 032 735 16 73,

032 735 15 67, 032 735 16 25

#### Informacja dotycząca planowego leczenia poza granicami kraju

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice,

tel. 032 735 16 25, 032 735 16 73

#### 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