

INFORMACJE DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH LUB ZAGRANICZNYCH

I. PACJENT NIEUBEZPIECZONY – Polacy i obcokrajowcy

Pacjenci nieubezpieczeni Polacy

1. Na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej mają prawo osoby inne niż ubezpieczone, które są obywatelami polskimi, zamieszkują na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz spełniają określone kryterium dochodowe, a także nie mają żadnego tytułu do ubezpieczenia, a w szczególności nie są członkami rodziny osoby ubezpieczonej.
2. Dokumentem potwierdzającym prawo osoby nieubezpieczonej do świadczeń zdrowotnych jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy (pacjenta).
3. Zasady uzyskania decyzji:
 - a) *przyjęcie pilne:*

Świadczeniodawca zwraca się do właściwego, ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta, wójta (burmistrza, prezydenta) lub Ośrodka Pomocy Społecznej celem ustalenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie decyzji wójta (burmistrza/prezydenta). Wniosek składany jest niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.
 - b) *przyjęcie planowe:*

Świadczeniobiorca składa wniosek do właściwego, ze względu na swoje miejsce zamieszkania, wójta (burmistrza, prezydenta) lub Ośrodka Pomocy Społecznej celem ustalenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie decyzji wójta (burmistrza/prezydenta).
4. Decyzja zachowuje ważność przez okres 90 dni od dnia określonego w decyzji, którym jest dzień:
 - a) dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pilnym (nagłym);
 - b) dzień złożenia wniosku w przypadku leczenia planowego.
5. W przypadku wydania przez wójta (burmistrza, prezydenta) decyzji zgodnie z którą świadczeniobiorcy nie przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych, pacjent samodzielnie pokrywa koszty leczenia w ośrodku, a za leczenie zostaje wystawiona faktura VAT.

Pacjenci nieubezpieczeni - obcokrajowcy

1. Jeżeli pacjent jest osobą zamieszkującą terytorium Unii Europejskiej, a nie posiada Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) ani innego dowodu ubezpieczenia uprawniającego do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych pokrywa koszty leczenia samodzielnie, a za leczenie zostanie wystawiona faktura VAT.
2. W przypadku pacjentów zamieszkujących w krajach poza Unią Europejską koszty leczenia pokrywają oni samodzielnie, a za leczenie jest wystawiana faktura VAT.

II. PACJENT ZAGRANICZNY (UE i kraje EFTA) – ubezpieczony

Przyjęcia w trybie pilnym.

1. Zgodnie z unijnymi przepisami na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) osobie przebywającej tymczasowo w Polsce przysługują te wszystkie rzeczowe świadczenia zdrowotne, które:
 - a) są niezbędne z medycznego punktu widzenia z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń i czasu trwania pobytu – lekarz zdecyduje, czy zachodzi konieczność udzielenia świadczenia, z uwagi na stan zdrowia, w jakim znajduje się pacjent,
 - b) zostały udzielone w celu uniknięcia sytuacji, w której pacjent byłby zmuszony do powrotu na terytorium państwa, w którym jest ubezpieczony, aby uzyskać potrzebne leczenie.
2. W trakcie przyjęcia należy okazać kartę EKUZ oraz inny dowód tożsamości (preferowany paszport).
3. Karta EKUZ nie stanowi wystarczającego dokumentu do uzyskania leczenia planowego.
4. Oprócz karty EKUZ dokumentem honorowanym jako dokument potwierdzający ubezpieczenia pacjenta z krajów Unii Europejskiej, a zamieszkującego na terenie Polski, jest poświadczenie wydane przez właściwy dla miejsca zamieszkania oddział wojewódzki NFZ.

Przyjęcia w trybie planowym.

1. Leczenie planowane jest to przewidywany, ściśle określony zakres leczenia, które ma zostać przeprowadzone dla pacjenta zamieszkałego w innym państwie członkowskim UE/EFTA na podstawie wcześniej uzyskanej zgody właściwej macierzystej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Zgoda na przeprowadzenie ww. leczenia wydawana jest po uzyskaniu przez pacjenta i przekazaniu do macierzystej instytucji ubezpieczeniowej niezbędnych informacji dotyczących możliwości i sposobu leczenia oraz przewidywanych kosztów.
3. Potwierdzeniem uzyskania zgody na przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju macierzystego jest zaświadczenie – formularz E 112 (wkrótce formularz S2) – wydawane wnioskodawcy przez właściwą ze względu na miejsce zamieszkania instytucją ubezpieczenia zdrowotnego, następnie przekazane przez wnioskodawcę świadczeniodawcy realizującemu wnioskowane świadczenie za granicą. Formularz E 112 potwierdza, że instytucja właściwa, która go wystawiła, zobowiązuje się do pokrycia kosztów wnioskowanego leczenia.
4. W trakcie przyjęcia należy okazać formularz E112 (S2) oraz inny dowód tożsamości (preferowany paszport).

Data 13.03.2013

sporządził

**Polko-Amerykańskie Kliniki Serca
I Oddział Kardiologiczno-Angiologiczny**
m. Stawnyk - Kamas
mgr Małgorzata Blaszyk-Kornaś
SPECJALISTA DS. KONTROLI WEWNĘTRZNYCH

sprawdził



zatwierdził

WICEPREZES ZARZĄDU
AMERICAN HEART OF POLAND
Spółka Akcyjna w Ustroniu
Marek Król
Marek Król