

PRAWA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Osoba, która zamierza skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawców, którzy mają podpisaną umowę z NFZ, ma obowiązek przedstawić potwierdzenie prawa do ich uzyskania.
2. Obowiązek ten nie dotyczy dzieci do 6 miesiąca życia, które nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Do czasu wydania Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń jest **każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej (także karta elektroniczna)**, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, np.:
 - 1) **dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę**
 - a) druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni);
 - b) aktualne zaświadczenie z zakładu pracy lub podstemplowana legitymacja ubezpieczeniowa (od 1 stycznia 2010 roku ZUS nie wydaje już legitymacji ubezpieczeniowych).
 - 2) **dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą**
 - a) druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;
 - 3) **dla osoby ubezpieczonej w KRUS**
 - a) dokument określający zobowiązanie z tytułu składek wystawiony przez KRUS na rolnika lub domownika podlegającego obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu rolników, na którym ta osoba została wskazana;
 - b) zaświadczenie;
 - c) podstemplowana przez KRUS legitymacja;
 - d) decyzja o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników
 - e) dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej;
 - 4) **dla emerytów i rencistów**
 - a) legitymacja emeryta lub rencisty.

4. W przypadku legitymacji wydanej przez ZUS numer legitymacji powinien zawierać oznaczenie oddziału NFZ. Jeżeli 3. i 4. pozycja numeru zawiera znaki „-”, legitymacja nie jest dokumentem potwierdzającym uprawnienia do świadczeń zdrowotnych.
5. W takim przypadku należy przedstawić inny dowód ubezpieczenia. Np. osoba pobierająca rentę/emeryturę ZUS, ale zamieszkała na terenie innego państwa, powinna przedstawić aktualną kartę EKUZ:
 - a) zaświadczenie z ZUS lub KRUS (WBA, ZER MSWiA);
 - b) aktualny odcinek emerytury lub renty;
 - c) dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg;
- 5) **dla osoby bezrobotnej**
 - a) aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 6) **dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie**
 - b) umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej;
- 7) **dla członka rodziny osoby ubezpieczonej**
 - c) dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią zgłoszenia (druki: ZUS RMUA + druk ZUS ZCNA jeżeli zgłoszenie nastąpiło po 1 lipca 2008 r. (ZUS ZCZA jeżeli zgłoszenie nastąpiło przed dniem 1 lipca 2008 r.);
 - d) aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę;
 - e) zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny;
 - f) legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczętą zakładu pracy lub ZUS;
 - g) legitymacja emeryta/rencisty z wpisanymi członkami rodziny podlegającymi ubezpieczeniu, potwierdzająca dokonanie zgłoszenia w dniu 1 stycznia 1999 r. lub później, wraz z aktualnym odcinkiem wypłaty świadczenia – dotyczy tylko KRUS;
 - w przypadku dzieci uczących się – pomiędzy 18. a 26. rokiem życia
 - dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt

kontynuacji nauki – np. legitymację szkolną/studencką lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności;

h) w przypadku studentów po ukończeniu 26. roku życia – zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka;

8) dla osoby nieubezpieczonej, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej

a) decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby;

9) dla osoby ubezpieczonej w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu

a) poświadczenie wydane przez NFZ – w przypadku zamieszkiwania na terenie RP;

b) karta EKUZ (lub certyfikat ją zastępujący) wydana przez inny niż Polska kraj członkowski UE lub EFTA – w przypadku pobytu na terenie RP;

10) dla osoby przebywającej na zasiłku chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu ubezpieczenia zdrowotnego

a) zaświadczenia z ZUS informujące o wypłacie zasiłku.

Takie osoby mają prawo do świadczeń do ostatniego dnia zwolnienia;

6. Jeżeli pacjent przebywający w szpitalu nie posiada aktualnego zaświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń, może taki dokument przedstawić w innym czasie:

1) nie później niż w terminie 30 dni od dnia przyjęcia,

2) lub terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia.

7. Powyższe zasady dotyczą także obywateli innych krajów UE lub EFTA uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

W przypadku stanu nagłego, brak dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia.

Niedostarczenie dokumentu w wyżej wymienionych terminach może skutkować obciążeniem pacjenta kosztami udzielonego świadczenia.

WAŻNOŚĆ DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO PRAWO DO ŚWIADCZEŃ

1. Przyjmuje się, że dokument potwierdzający prawo do świadczeń **jest ważny przez 30 dni** od:
 - 1) **daty wystawienia** – zaświadczenie z zakładu pracy, zaświadczenia ZUS i KRUS,
 - 2) **daty poświadczenia** – np. legitymacja ubezpieczeniowa,
 - 3) **daty opłacenia składki** – ZUS RMUA, dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,
 - 4) **daty ważności dokumentu** – legitymacja rencisty.
2. **Wyjątkami od tej zasady są:**
 - 1) legitymacja emeryta – ważna bezterminowo,
 - 2) zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego – do końca terminu ważności,
 - 3) decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy – ważna 90 dni od dnia określonego w decyzji.

USTANIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ

1. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej **ustaje zazwyczaj po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego**, na przykład:
 - 1) w przypadku ustania stosunku pracy (np. z tytułu umowy o pracę) – po upływie 30 dni od dnia rozwiązania umowy o pracę;
 - 2) w przypadku zakończenia prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej – po upływie 30 dni od dnia zakończenia prowadzenia takiej działalności;
 - 3) w przypadku osób zatrudnionych, pozostających na urlopie bezpłatnym – po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu;
 - 4) w przypadku osób bezrobotnych – po upływie 30 dni od dnia utraty statusu bezrobotnego;

- 5) w przypadku śmierci osoby, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia – członkowie rodziny tracą prawo do świadczeń po upływie 30 dni od daty śmierci.
2. Osobom, które:
- 1) ukończyły szkołę średnią lub wyższą lub zostały skreślone z listy uczniów lub studentów – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej
 - 2) przysługuje **przez 4 miesiące** od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów;
 - 3) ubiegają się o przyznanie emerytury lub renty – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń;
 - 4) pobierają zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie pobierania przez te osoby zasiłku;
 - 5) mają zawieszona prawa do renty socjalnej – w przypadkach, o których mowa w art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz. U. Nr 135, poz. 1268, z późn. zm.) – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje przez 90 dni od ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.
3. Po tym upływie tego czasu osoba, która chce nadal korzystać ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia w NFZ, powinna uzyskać inne prawo do ubezpieczenia, np. ubezpieczyć się dobrowolnie. Jeżeli tego nie uczyni, może ponieść samodzielnie koszty udzielonych jej świadczeń.

źródło: VADEMECUM 2012 NFZ