

Prawo do bezpłatnych świadczeń medycznych

1. Prawo do świadczeń w ramach NFZ:

Zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z 2004 r. z p. zm.), prawo do leczenia i korzystania ze świadczeń na zasadach w niej określonych mają **ubezpieczeni**, czyli:

- wszystkie osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia;
- zgłoszeni do ubezpieczenia **członkowie rodziny** osoby ubezpieczonej:
 - **dzieci** własne, dzieci małżonka, dzieci przysposobione, wnuki, dzieci obce, dla których ustanowiono opiekę lub dzieci obce w ramach rodziny zastępczej – do ukończenia przez nie 18. roku życia.
Jeśli dziecko kontynuuje naukę po ukończeniu 18 lat, może być zgłoszone do ubezpieczenia jako członek rodziny, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26. roku życia. Po tym czasie, o ile nie jest ubezpieczone z żadnego innego tytułu, powinno powiadomić szkołę lub uczelnię, która będzie zobowiązana zgłosić je do ubezpieczenia w NFZ. Dzieci posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi mogą być zgłaszane do ubezpieczenia bez ograniczenia wieku.
 - małżonkowie – **mąż, żona** (ale nie konkubenci).
 - krewni wstępní (**rodzice, dziadkowie**) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
Kaźda osoba ubezpieczona ma obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, jeśli nie mają oni innego tytułu do ubezpieczenia. !
- osoby nieubezpieczone (posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej):
 - które spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej i otrzymały decyzję np. wójta, burmistrza,
 - dzieci i młodzież – do ukończenia 18. roku życia,
 - kobiety w okresie ciąży i połogu – do 42. dnia po porodzie;
- osoby bezrobotne zarejestrowane w urzędzie pracy – podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego niezależnie od tego, czy posiadają status członka rodziny;
- osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji
- ubezpieczone w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), przebywające na terenie RP.

2. Prawo do świadczeń finansowanych z budżetu państwa:

Do świadczeń mają również prawo następujące osoby:

- które były narażone na zakażenie poprzez kontakt z osobami zakażonymi lub materiałem zakaźnym – w zakresie badań w kierunku błonicy, cholery, czerwonki, duru brzuszego, durów rzekomych A, B i C, nagminnego porażenia dziecięcego;
- uzależnione od alkoholu – w zakresie leczenia odwykowego;
- uzależnione od narkotyków;
- z zaburzeniami psychicznymi – w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej;
- pozbawione wolności;
- cudzoziemcy umieszczeni w strzeżonym ośrodku lub przebywający w areszcie w celu wydalenia;
- posiadacze Karty Polaka, w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych, chyba że umowa międzynarodowa, w której RP jest stroną, przewiduje zasady bardziej korzystne.

3. Potwierdzenie prawa do świadczeń:

Osoba, która zamierza skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ, ma obowiązek przedstawić potwierdzenie prawa do ich uzyskania. Obowiązek ten nie dotyczy dzieci do 6. miesiąca życia, które nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego.

Do czasu wydania Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń jest **każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej**, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, np.:

dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni);
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy lub podstemplowana
- legitymacja ubezpieczeniowa (o ile pracownik posiada);

dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą

- druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;

dla osoby ubezpieczonej w KRUS

- zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowane przez KRUS (dowód wpłaty składki w przypadku prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej);

dla emerytów i rencistów

- legitymacja emeryta lub rencisty.

dla osoby bezrobotnej

- aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;

dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie

- umowa zawarta z NFZ i dokument ZUS potwierdzający zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej;

dla członka rodziny osoby ubezpieczonej

- 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.);
- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę o zgłoszeniu członków rodziny;
- zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny;
- legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczęcią zakładu pracy lub ZUS;
- 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;

Dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia, posiadające obywatelstwo polskie (potwierdzone np. dowodami osobistymi obojga rodziców), **mają zagwarantowane prawo do świadczeń!**

w przypadku studentów po ukończeniu 26. roku życia

- zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka;

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

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

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

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

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

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

- zaświadczenia z ZUS informujące o wypłacie zasiłku.
Takie osoby mają prawo do świadczeń do ostatniego dnia zwolnienia;

4. Ważność dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń

Przyjmuje się, że dokument potwierdzający prawo do świadczeń **jest ważny przez 30 dni** od:

- **daty wystawienia** – zaświadczenie z zakładu pracy, zaświadczenia ZUS i KRUS,
- **daty poświadczenia** – np. legitymacja ubezpieczeniowa,
- **daty opłacenia składki** – ZUS RMUA, dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- **daty ważności dokumentu** – legitymacja rencisty.

Wyjątkami od tej zasady są:

- legitymacja emeryta – ważna bezterminowo,
- zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego – do końca terminu ważności,
- decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy – ważna 90 dni od dnia określonego w decyzji.

5. Ustanie prawa do świadczeń

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje zazwyczaj po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, na przykład:

- w przypadku ustania stosunku pracy (np. z tytułu umowy o pracę) - po upływie 30 dni od dnia rozwiązania umowy o pracę,
- w przypadku zakończenia prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej - po upływie 30 dni od dnia zakończenia prowadzenia takiej działalności,
- w przypadku osób zatrudnionych, pozostających na urlopie bezpłatnym - po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu,
- w przypadku osób bezrobotnych - po upływie 30 dni od dnia utraty statusu bezrobotnego,
- w przypadku śmierci osoby, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia - członkowie rodziny tracą prawo do świadczeń po upływie 30 dni od daty śmierci.

Osobom, które:

- ukończyły szkołę średnią lub wyższą lub zostały skreślone z listy uczniów lub studentów -

prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje **przez 4 miesiące** od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów,

- ubiegają się o przyznanie emerytury lub renty - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń,
- pobierają zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym - prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje w okresie pobierania przez te osoby zasiłku.

Po 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.

Opracowano na podstawie:

Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z 2004 r. z p. zm.)

„Vademecum 2010 - świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych” wydany przez Narodowy Fundusz Zdrowia.