

Narodowy Fundusz Zdrowia

Małopolski Oddział Wojewódzki

Strona główna

2009-10-23

Komunikat dla Świadczeniodawców i Świadczeniobiorców przypominający o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego

Na początku października Zakład Ubezpieczeń Społecznych przestał wydawać legitymacje ubezpieczeniowe, które do tej pory były najczęściej wykorzystywanym dowodem potwierdzającym nasze ubezpieczenie zdrowotne.

Świadczeniobiorcy, którzy posiadają legitymację ubezpieczeniową mogą nadal z niej korzystać, warto jednak pamiętać, że nie jest to jedyny dowód ubezpieczenia zdrowotnego - informacja ta jest ważna przede wszystkim dla tych, którzy już nie będą mieć legitymacji.

Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina o podstawowych zasadach dotyczących prawa do świadczeń na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego oraz możliwych dowodów potwierdzających ubezpieczenie zdrowotne.

PRAWO DO ŚWIADCZEŃ

Kto może korzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych?

Z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych mogą korzystać wszyscy ubezpieczeni, czyli osoby objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Ubezpieczenie zdrowotne przysługuje z tytułu:

- umowy o pracę
- umowy zlecenia
- prowadzenia działalności gospodarczej
- ubezpieczenia w KRUS
- statusu emeryta lub rencisty
- podpisania dobrowolnej umowy o ubezpieczenie zdrowotnej podpisanej z NFZ

Ponadto z bezpłatnych świadczeń medycznych mogą korzystać także:

- osoby nieubezpieczone (posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej):
 - które spełniają kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej,
 - 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
- osoby uprawnione do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – ubezpieczone w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub (EFTA), przebywające na terenie RP.

Ubezpieczenie członków rodziny

Każda osoba ubezpieczona ma obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, jeśli nie mają oni innego tytułu do ubezpieczenia. Osobami tymi mogą być:

- małżonkowie – mąż, żona (ale nie konkubenci)
- krewni wstępni (rodzice, dziadkowie) pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Ubezpieczenie zdrowotne dzieci

Mimo tego, że polskie prawo gwarantuje bezpłatne świadczenia wszystkim dzieciom do ukończenia 18 roku, osoby ubezpieczone, mają obowiązek zgłosić je do ubezpieczenia. Dotyczy to nie tylko dzieci biologicznych, ale również:

- dzieci małżonka,
- dzieci przysposobionych,
- wnuków,
- dzieci przebywających pod Państwa opieką w ramach rodziny zastępczej – do ukończenia przez nie 18. roku życia.

Ubezpieczenie dzieci po ukończeniu 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 mogą być zgłaszane do ubezpieczenia bez ograniczenia wieku.

Prawo do świadczeń w wyjątkowych sytuacjach

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.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych takim osobom pokrywane są z budżetu państwa.

DOWÓD UBEZPIECZENIA

Korzystając z bezpłatnych świadczeń osoby z nich korzystające muszą za każdym razem przedstawić dowód potwierdzający prawo do świadczeń.

Osoby zatrudnione 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,
- legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczęcią pracodawcy- jeśli Państwo posiadają;

Osoby prowadzące działalność gospodarczą

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

Osoby ubezpieczone w KRUS

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

Emeryci i renciści

- legitymacja emeryta lub rencisty;

Osoby bezrobotne

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

Osoby ubezpieczone dobrowolnie

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

Członkowie rodziny osoby ubezpieczonej

- dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z kserokopią zgłoszenia
- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę,
- zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny,
- legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczętą zakładu pracy lub ZUS- jeśli Państwo posiadają,
- w przypadku dzieci uczących się – pomiędzy 18. a 26. rokiem życia – dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki – legitymację szkolną/studencką lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności,
- w przypadku studentów po ukończeniu 26. roku życia – zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka;

Osoby nieubezpieczone, spełniającej kryterium dochodowe uprawniające do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej

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

Osoby ubezpieczone 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.

Osoby przebywającej na ciągłym zwolnieniu lekarskim

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

Brak dowodu ubezpieczenia

Jeżeli nie posiadają Państwo aktualnego zaświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń, możecie taki dokument przedstawić w innym czasie:

- terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia.
- jeśli przebywają Państwo w szpitalu – nie później niż w terminie 30 dni od dnia przyjęcia

Warto pamiętać, że brak dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia, a późniejsze niż przewidziane przedstawienie dokumentu nie powinno stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów albo ich zwrotu.

Ważność dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń

Obecne przepisy dają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez 30 dni od dnia utraty ubezpieczenia. W związku z tym potwierdzenia dowodów ubezpieczenia należy dokonywać co 2 miesiące - uznając ich ważność na okres obejmujący miesiąc, w którym zostało wystawione potwierdzenie oraz następny jako objęty ewentualnym 30 dniowym uprawnieniem do świadczeń zdrowotnych w przypadku utraty ubezpieczenia.

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.

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 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.

Wyjątkiem są osoby, które:

- ukończyły szkołę średnią lub wyższą lub zostały skreślone z listy uczniów lub studentów – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje im **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 im 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 im w okresie pobierania przez nie zasiłku,
- mają zawieszona prawa do renty socjalnej – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje im przez 90 dni od ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

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.

Biuro Rzecznika Prasowego