

Potwierdzanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

Od 1 stycznia 2013 r., lecząc się w przychodni czy szpitalu, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych można potwierdzić na trzy sposoby:

- wygenerowanie dokumentu elektronicznego za pomocą systemu elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ);
- przedstawienie jednego z dotychczasowych dokumentów papierowych potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (np. druk ZUS RMUA);
- złożenie oświadczenia o przysługującym prawie do korzystania z opieki zdrowotnej.

Bez względu na formę pacjent uzyskuje potwierdzenie prawa do świadczeń. Zgłaszając się do podmiotu leczniczego, potwierdzi on prawo do świadczeń opieki zdrowotnej online w systemie eWUŚ, na podstawie numeru PESEL, po potwierdzeniu swojej tożsamości. W przypadku gdy placówka nie ma dostępu do systemu eWUŚ (lub wynik weryfikacji za pomocą eWUŚ jest negatywny), pacjent powinien przedstawić dokument papierowy potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (np. druk ZUS RMUA). Jeżeli nie posiada takiego dokumentu, składa pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

W przypadku gdy pacjent przedstawi dokument papierowy potwierdzający prawo do świadczeń medycznych (np. legitymację emeryta), podmiot leczniczy nie ma prawa żądać od niego złożenia dodatkowego oświadczenia.

Pacjent zgłaszający się do placówki zdrowia jest zobowiązany do potwierdzenia swojej tożsamości poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo – jeśli nie ukończył 18 roku życia – legitymacji szkolnej. Tożsamość dzieci do 6 roku życia mogą potwierdzić rodzic lub opiekun, składając ustne lub pisemne oświadczenie.

„Sposoby potwierdzania prawa do świadczeń, wskazane w ustawie o świadczeniach, dotyczą potwierdzania prawa świadczeniobiorców, czyli:

1. osób objętych powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym,
2. osób innych niż ubezpieczeni, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które:
 1. posiadają obywatelstwo polskie lub
 2. uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650 oraz z 2014 r. poz. 463), spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 182, ze zm.), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,

3. osób innych niż wymienione w pkt 1 i 2, które nie ukończyły 18. roku życia:
 1. posiadających obywatelstwo polskie lub
 2. które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
4. osób innych niż wymienione w pkt 1-3, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:
 1. posiadających obywatelstwo polskie lub
 2. które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach."

W przypadku osób nieubezpieczonych, które mają prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych istotnych ze względu na charakter choroby na podstawie odrębnych przepisów (np. osób cierpiących na choroby psychiczne), dokumentem potwierdzającym to prawo jest zaświadczenie lekarskie.

Oświadczenie składane przez pacjenta w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej:

- jest ważne do czasu jego zmiany/odwołania (np. w przypadku utraty prawa do świadczeń z tytułu posiadania statusu członka rodziny przez osobę, która ukończyła 18 rok życia, nie kontynuuje nauki i nie nabyła własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego) z zastrzeżeniem, że pacjent składa je każdorazowo przy ubieganiu się o udzielenie świadczenia, czyli każdorazowo przy przyjęciu przez podmiot leczniczy (lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, poradnię specjalistyczną czy szpital);
- w przypadku świadczeń obejmujących cykl zabiegów (np. rehabilitacji) oświadczenie powinno być złożone tylko raz;
- w przypadku świadczeń stacjonarnych albo całodobowych oświadczenie obejmuje okres od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia do dnia jego zakończenia, nie dłuższy jednak niż do końca miesiąca następującego po miesiącu rozpoczęcia udzielania świadczenia. Jeśli świadczenie trwa dłużej, świadczeniobiorca składa kolejne oświadczenie, które obejmuje maksymalnie miesiąc.
- jest ważne u danego świadczeniodawcy na wszystkie świadczenia rozpoczęte lub trwające w dniu składania oświadczenia.

Obowiązują dwa wzory oświadczenia – w zależności od osoby która je składa: dla osoby, której udzielane jest świadczenie oraz dla przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego. Rodzaj świadczenia, który ma być udzielony, nie ma tu znaczenia.

Świadczeniobiorca ma prawo do późniejszego przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożenia oświadczenia (są to równorzędne sposoby) tylko w przypadku stanów nagłych lub gdy złożenie oświadczenia nie jest możliwe ze względu na stan zdrowia.

Stan nagły to stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jest to nagłe (lub przewidywane w krótkim czasie) pojawienie się objawów pogarszania się zdrowia, którego bezpośrednim

następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia. Wymaga podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Każda osoba, która chce skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej, jest zobowiązana do potwierdzenia przysługującego mu prawa do świadczeń. Osoba, która potwierdzi to prawo, składając oświadczenie niezgodne ze stanem faktycznym lub posłuży się dokumentem papierowym potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie jego ważności, mimo że utraciła to prawo, poniesie koszty udzielonego jej świadczenia.

Opracowanie: Dział Ewidencji i Rozliczania Świadczeń Medycznych IGiChP

Ofnowskie Piase

2016 -01- 21