

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA DEKLARACJI

Informacja dla wypełniającego deklarację

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210 poz. 2135 z późniejszymi zmianami) mają prawo:

1. Świadczeniobiorcy:

1) ubezpieczeni (art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy):

a) osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, 2) ubezpieczające się dobrowolnie, 3) będące członkiem rodziny osoby należącej do jednej z dwóch wyżej wymienionych kategorii.

2) osoby inne niż ubezpieczeni:

a) które nie ukończyły 18 roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu (art. 13 ust. 1 ustawy),

b) posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 59 i Nr 99, poz. 1001), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych (art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy),

2. Osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji z wyjątkiem osób wymienionych w art. 53 ust. 2 ustawy tzn. osób posiadających formularz E 112, poświadczenie wydane na podstawie formularza E 123, EKUZ lub certyfikat zastępczy.

Za członka rodziny uważa się następujące osoby (art. 5 pkt 3 ustawy):

1. Dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce, w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,

2. Małżonka,

3. Wstępnych (rodziców, dziadków, pradziadków) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. Nr 210 poz. 2135) świadczeniobiorca ma prawo do wyboru: lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku. Wyboru tego dokonuje się poprzez wypełnienie niniejszej deklaracji i złożenie w siedzibie świadczeniodawcy. W przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 złotych.

Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza/ pielęgniarkę/ położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych przyczyn niezależnych od woli świadczeniobiorcy.

Objaśnienie sposobu wypełniania deklaracji wyboru

CZĘŚĆ I. 1. Należy wpisać dane świadczeniobiorcy – osoby, która dokonuje wyboru, bądź w imieniu, której dokonywany jest wybór: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/ pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

W przypadku nie nadania osobie numeru PESEL należy wpisać numer NIP, a w przypadku jego braku rodzaj i numer dowodu tożsamości. Dla ubezpieczonego cudzoziemca, przebywającego na terytorium Polski na podstawie Karty pobytu, nie posiadającego numeru PESEL – rodzaj, serię i numer tej karty, a w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, której nie nadano numeru PESEL – numer Poświadczenia.

Kod oddziału NFZ – należy wpisać kod oddziału NFZ, na terenie którego świadczeniobiorca dokonał wyboru: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/ pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Kody oddziałów wojewódzkich NFZ:

01 – Dolnośląski

06 – Małopolski

11 – Pomorski

02 – Kujawsko-Pomorski

07 – Mazowiecki

12 – Śląski

03 – Lubelski

08 – Opolski

13 – Świętokrzyski

04 – Lubuski

09 – Podkarpacki

14 – Warmińsko-Mazurski

05 – Łódzki

10 – Podlaski

15 – Wielkopolski

16 – Zachodniopomorski

CZĘŚĆ I. 2. Należy wypełnić w sytuacji, gdy osobą dokonującą wyboru nie jest świadczeniobiorca.

Wyboru w imieniu świadczeniobiorcy dokonywać mogą osoby pełnoletnie będące opiekunami/ prawnymi opiekunami niepełnoletnich dzieci, bądź innych osób, dla których ustanowiony został opiekun.

Dokumenty ubezpieczenia

- W związku z zaprzestaniem wydawania przez ZUS legitymacji ubezpieczeniowych od dnia 1 stycznia 2010 roku, NFZ przedstawia informację na temat dokumentów potwierdzających prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Potwierdzenie prawa do świadczeń

- Osoba, która zamierza skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia zobowiązana jest przedstawić potwierdzenie prawa do ich uzyskania.

Obowiązek przedstawienia potwierdzenia prawa do świadczeń nie dotyczy dzieci do 6. miesiąca życia, które nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego, np. z powodu braku numeru PESEL!

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,

legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczętą pracodawcy

- dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą

druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki

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. 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. 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;

zaświadczenie z ZUS lub KRUS (WBA, ZER MSWiA.),

aktualny odcinek emerytury lub renty,

dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg (art. 240 ust. 2 Ustawy);

- 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, zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny, legitymacja rodzinna z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczętą 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

– 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.

– 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.

– dla osoby przebywającej na ciągłym zwolnieniu lekarskim

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

Jeżeli pacjent nie posiada aktualnego zaświadczenia potwierdzającego prawo do

świadczeń, może taki dokument przedstawić w innym czasie:

– jeśli przebywa w szpitalu – nie później niż w terminie 30 dni od dnia przyjęcia lub w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia.

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

- Późniejsze niż przewidziane przedstawienie dokumentu nie powinno stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów albo ich zwrotu. Jednak przy znacznym opóźnieniu w dostarczeniu potwierdzenia prawa do świadczeń, świadczeniodawca może odmówić zwrotu kosztów. Powyższe

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

Brak dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej nie może być powodem odmowy udzielenia świadczenia!

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 – 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.

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.