



*Stanowisko*

*w sprawie potwierdzania prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej określonych w Programie – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016*

Do świadczeń opieki zdrowotnej określonych w Programie – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016, zwanego dalej „Programem” mają prawo:

- 1) ubezpieczeni;
- 2) osoby, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny, mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez te osoby zasiłku chorobowego lub zasiłku wypadkowego;
- 3) świadczeniobiorcy inni niż ubezpieczeni;
- 4) osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji – w przypadku leczenia planowego.

Ad. 1

Do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego dokumentem potwierdzającym prawo **ubezpieczonego** do świadczeń jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, przy czym:

1) dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę lub innej umowy na podstawie, której odprowadzana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne (umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego) jest to:

a) druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualnie potwierdzony raport miesięczny (tzw. druk ZUS RMUA) wydawany przez pracodawcę (w przypadku umowy o pracę) lub innego płatnika składki,

b) aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę (w przypadku umowy o pracę) lub innego płatnika składki,

c) legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczętą pracodawcy potwierdzającą opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne;

2) dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą jest to: druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;

3) dla osoby ubezpieczonej w KRUS jest to: zaświadczenie lub legitymacja aktualnie podstemplowane przez KRUS oraz – w przypadku rolników samodzielnie opłacających składkę - dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne;

4) dla emerytów i rencistów jest to:

a) legitymacja emeryta lub rencisty:

- w przypadku legitymacji wydanej przez ZUS numer legitymacji powinien zawierać oznaczenie oddziału wojewódzkiego NFZ,

- jeżeli 3. i 4. pozycja numeru legitymacji 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 – Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego),

b) zaświadczenie z ZUS lub KRUS (Wojskowe Biuro Emerytalne, Zakładu Emerytalno-Rentowy MSW) - w zależności od tego kto wypłaca emeryturę lub rentę,

c) aktualny odcinek emerytury lub renty,

d) dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg;

5) dla osoby bezrobotnej jest to: aktualne zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;

6) dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie jest to: 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 (np.: małżonka) jest to:

a) 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 dniu 1 lipca 2008 r. (ZUS ZCZA jeżeli zgłoszenie nastąpiło przed dniem 1 lipca 2008 r.),

b) aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę (w przypadku umowy o pracę) lub innego płatnika składki,

c) zaświadczenie z KRUS o ubezpieczeniu członków rodziny – w przypadku rolników,

d) legitymacja ubezpieczeniowa dla członków rodziny (legitymacja rodzinna) z wpisanymi danymi członków rodziny wraz z aktualną datą i pieczętą pracodawcy potwierdzającą opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne,

e) 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;

8) dla ucznia albo studenta (18 – 26 lat), jeżeli nie jest ubezpieczony jako członek rodziny jest to: zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) i legitymacja szkolna/studencka

9) dla studenta (po ukończeniu 26. roku życia) albo doktoranta jest to: zgłoszenie do ubezpieczenia przez uczelnię (druk ZUS ZZA) oraz legitymacja studencka lub doktorancka.

#### Ad. 2

W przypadku **osoby przebywającej na zasiłku chorobowym lub wypadkowym** prawo do świadczeń opieki zdrowotnej z Programu potwierdza zaświadczenie z ZUS. Prawo do świadczeń przysługuje do końca okresu pobierania zasiłku chorobowego lub wypadkowego.

#### Ad. 3

W przypadku **świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony** prawo do świadczeń opieki zdrowotnej z Programu potwierdza decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania tego świadczeniobiorcy. Decyzja ta określa prawo do świadczeń na okres 90 dni licząc od dnia określonego w tej decyzji.

#### **Ważne !**

**Jeżeli u danego realizatora Programu funkcjonuje system e-WUŚ, nie jest konieczne przedstawienie przez ubezpieczonego lub świadczeniobiorcę innego niż ubezpieczony (ww. ad. 1 i 3) ww. dokumentów (legitymacji,**

**zaświadczeń, druków itp.), jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:**

- 1) ww. osoba potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu albo prawa jazdy;
- 2) świadczeniodawca uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w systemie e-WUŚ.

**W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ad. 1 i 3 lub w systemie e-WUŚ świadczeniobiorca po okazaniu dowodu osobistego, paszportu albo prawa jazdy **złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.****

Ad. 4

W przypadku **osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji** (tj. osób ubezpieczonych w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu), dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń z Programu będzie zgoda instytucji właściwej na pokrycie kosztów tych konkretnie świadczeń (zgoda ta jest wydawana na formularzu E112 albo dokumencie S2). Jest to zgoda wydawana na przez właściwą instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w której dany obywatel jest ubezpieczony, na wyjazd do innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej w celu podjęcia tam leczenia planowego.

Z. upow. z. n. g. n. i. a  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETAŃ STANU  
*Igor Radziewicz-Winnicki*