

## Prawo do świadczeń zdrowotnych osób nieubezpieczonych

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoby bez ubezpieczenia, posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Polski, spełniające określone kryterium dochodowe, mają prawo do leczenia na zasadach takich samych jak osoby ubezpieczone, po uzyskaniu **decyzji wójta (burmistrza, prezydenta)** o potwierdzeniu prawa do świadczeń zdrowotnych.

Decyzja może zostać wydana **na wniosek** pacjenta, z inicjatywy organu gminy lub na wniosek placówki zdrowia, która udzielała świadczeń zdrowotnych.

Wniosek o wydanie decyzji należy złożyć **w urzędzie gminy (miasta) w miejscu zamieszkania pacjenta.**

Do wniosku należy dołączyć dowód osobisty w celu potwierdzenia obywatelstwa i miejsca zamieszkania. Przed wydaniem decyzji zostanie przeprowadzony przez pracownika socjalnego wywiad środowiskowy w celu ustalenia sytuacji majątkowej i rodzinnej pacjenta. Warunkiem przyznania decyzją prawa do świadczeń zdrowotnych jest spełnienie wymogów określonych w Ustawie o pomocy społecznej dotyczące kryterium dochodowego.

Prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej przysługuje:

- osobie samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 542 zł („kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej”),
- osobie w rodzinie, której dochód na osobę nie przekracza kwoty 456 zł („kryterium dochodowe na osobie w rodzinie”),
- rodzinie, której dochód nie przekracza sumy kwot kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, zwanej dalej „kryterium dochodowym rodziny”.

Jeżeli pracownik socjalny stwierdzi rozbieżność między wysokością dochodu wskazaną w dokumentach a sytuacją majątkową osoby starającej się o wydanie decyzji, wskazującą, że osoba ta posiada znaczne zasoby finansowe, organ gminy może odmówić wydania decyzji.

Na podstawie otrzymanej decyzji mamy prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przez okres 90 dni od dnia w niej wskazanego (najczęściej od dnia złożenia wniosku, a gdy z wnioskiem występuje placówka zdrowia od dnia wystąpienia zdarzenia). Prawo to tracimy, jeżeli we wskazanym okresie zostaniemy objęci ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu (o czym niezwłocznie informujemy organ wydający decyzje).

W przypadku konieczności przedłużenia okresu uprawnień do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej niezbędne jest ponowne wystąpienie z wnioskiem do Urzędu.

### **WAŻNE:**

Zanim zaczniesz starać się o decyzje, sprawdź, czy nie przysługuje Tobie ubezpieczenie z innego tytułu niż dotychczasowy. **Prawo do bezpłatnego leczenia zachowujemy jeszcze przez 30 dni po ustaniu obowiązku ubezpieczenia.**