

Ubezpieczenie Zdrowotne

Medical insurance

Klaudia Kret¹

¹ student, członek koła naukowego "Promotor jakości", Wydział Zarządzania, Politechnika Częstochowska, Al. Armii Krajowej 19b, 42-200 Częstochowa, e-mail: claudia1401@onet.pl

Streszczenie: Artykuł przedstawia podstawowe informacje związane z ubezpieczeniem zdrowotnym. Czytelnik może pogłębić swoją wiedzę na temat bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązku ubezpieczeniowym oraz wysokości składki na to ubezpieczenie. Tekst informuje również o ubezpieczeniu zdrowotnym, które nas obejmuje, gdy wyjedziemy za granice naszego kraju.

Abstract: In the paper basic information related to health insurance is presented. The reader can deepen his knowledge about free healthcare services, insurance obligation and the amount of insurance premiums. The text also informs about health insurance, which are used when we leave our country.

Słowa kluczowe: ubezpieczenie, świadczenia, zdrowie, opieka zdrowotna

Key words: insurance, benefits, health, healthcare

1. Wprowadzenie

Wielu z nas w dzisiejszym zabiegającym świecie nie zastanawia się, co obejmuje podstawowe ubezpieczenie zdrowotne oraz jakie świadczenia nam przysługują z racji jego wykupienia. Niektórzy nawet nie zdają sobie sprawy ile płacą za ubezpieczenie zdrowotne [1].

Na początek należy wyjaśnić podstawowe zwroty związane z ubezpieczeniem zdrowotnym i jego świadczeniami. „34) świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące; 35) świadczenie gwarantowane – świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie; 36) świadczenie specjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej; 37) świadczenie zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne; 40) świadczenie zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania” na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [1-7].

Kto jest ubezpieczony? Ubezpieczony jest każdy, kto:

- podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego (np. pracownik, osoba, która prowadzi działalność gospodarczą, emeryt, rencista, bezrobotny);
- jest członkiem rodziny osoby ubezpieczonej i został zgłoszony do ubezpieczenia.

W niektórych przypadkach status członka rodziny zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego [8].

Art. 4. Ubezpieczeniu nie podlegają, z zastrzeżeniem art. 3, cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) [7].

2. Uprawnieni do świadczeń

Art. 2. 1. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) [7]:

1. osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym,
2. inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub 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. z 2018 r. poz. 2094 i 2399 oraz z 2019 r. poz. 577 i 622), spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm. 1)), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,
3. inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:

- a. posiadające obywatelstwo polskie lub
- b. 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. inne niż wymienione w pkt 1–3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:
 - a. posiadające obywatelstwo polskie lub
 - b. 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 – zwane dalej „świadzeniobiorcami”. 2. Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.

Dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

Osoba nie podlegająca obowiązkowo ubezpieczeniu zdrowotnemu może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Polski.

Składka dla osoby dobrowolnie ubezpieczającej się równa jest zadeklarowanej kwocie nie mniejszej niż przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej.

Osoba taka może zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego wolontariusza i podstawa wymiaru składki dla wolontariusza równa jest minimalnemu wynagrodzeniu w gospodarce narodowej.

Podstawa wymiaru składek za członków rodziny równa jest kwocie świadczenia pielęgnacyjnego.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubezpieczającej się dobrowolnie, i zgłoszonych do Funduszu członków jej rodziny, przysługuje od dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

Osoby ubezpieczające się dobrowolnie

Mieszkające w Polsce osoby niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia, np. wykonujące pracę wyłącznie na podstawie umów o dzieło, takie jak twórcy czy dziennikarze, pracownicy przebywający na urlopie bezpłatnym, posłowie do Parlamentu Europejskiego wybrani w Polsce, mogą się ubezpieczyć dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu. Korzystający może zgłosić wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie jest on objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu (http://nfz-szczecin.pl/lipdu_uprawnieni_do_swiazczen.htm) [9].

Osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w krajach UE/EOG

Osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji to osoba, która nie jest ubezpieczona w NFZ i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczypospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej) [1].

W ramach zakupionego ubezpieczenia ubezpieczony ma prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej; posiada prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; sposób udzielania ubezpieczonemu pomocy medycznej i procedury z tym związane muszą odpowiadać wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Jeżeli istnieją ograniczenia w możliwości udzielania odpowiednich świadczeń, ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń (tzw. kolejki). Każdy, kto ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, otrzymuje pomoc medyczną na takim samym poziomie.

Świadczeniobiorca posiada prawo do natychmiastowego otrzymania pomocy medycznej, bez skierowania, w stanie nagłym – jeśli jest zagrożone jego zdrowie lub życie. W stanach nagłych ma prawo skorzystać z pomocy lekarza, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, w zakresie niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej; prawo do natychmiastowej pomocy medycznej, bez skierowania, ma także kobieta w czasie porodu.

Można żądać, aby lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie. Lekarz może odmówić zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna to za bezzasadne. Należy pamiętać, że w takiej sytuacji żądanie oraz odmowa lekarza powinny zostać odnotowane w dokumentacji medycznej, do której ubezpieczony ma dostęp.

Dotyczy to również świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną [10].

Zakres bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają prawo osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Świadczeniobiorcy inni niż ubezpieczeni, którzy:

1. nie ukończyli 18. roku życia,
 2. są w okresie ciąży, porodu i połogu
- mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych.

Świadczenia opieki zdrowotnej, udzielane świadczeniobiorcom są finansowane z:

1. budżetu państwa – w przypadku świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni,
2. Funduszu – w przypadku ubezpieczonych.

Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie:

1. badanie diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną;
2. świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne;
3. podstawową opiekę zdrowotną;
4. świadczenia w środowisku nauczania i wychowania;
5. ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
6. rehabilitację leczniczą;
7. świadczenia stomatologiczne;
8. leczenie szpitalne;
9. świadczenia wysokospecjalistyczne;
10. leczenie w domu chorego;
11. badanie i terapię psychologiczną;
12. badanie i terapię logopedyczną;

13. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną;
14. pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi;
15. opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu;
16. opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią;
17. opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia;
18. opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18;
19. leczenie uzdrowiskowe;
20. zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze;
21. transport sanitarny;
22. ratownictwo medyczne.

W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.

Koszty leczenia lub badań diagnostycznych świadczeniobiorcy poza granicami kraju są finansowane z budżetu państwa.

Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Skierowanie, nie jest wymagane do świadczeń:

1. ginekologa i położnika;
 2. dentysty;
 3. onkologa;
 4. psychiatry;
 5. dla osób chorych na gruźlicę;
 6. dla osób zakażonych wirusem HIV;
 7. dla inwalidów wojennych i osób represjonowanych;
 8. dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego.

Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Świadczeniobiorca ma prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca.

Dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej jest elektroniczna karta ubezpieczenia zdrowotnego [3].

3. Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne

Większość Polaków podlega obowiązkowi ubezpieczenia z tytułu np. zatrudnienia, prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pozarolniczej działalności gospodarczej. Ustawa (art.66) wymienia kilkadziesiąt grup osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia. Są to, m.in. pracownicy; rolnicy i ich domownicy; osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą; osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia; osoby duchowne; żołnierze, policjanci, funkcjonariusze, posłowie i sena-

torowie, sędziowie i prokuratorzy, ławnicy sądowi; osoby pobierające emeryturę lub rentę; uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli; dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej; dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego, studenci i uczestnicy studiów doktoranckich; bezrobotni; osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne; osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej; osoby korzystające z urlopu wychowawczego [10]. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego dotyczy [11]:

- pracowników,
- zleceniobiorców
- osób prowadzących działalność gospodarczą
- studentów
- dzieci
- uczniów (płacą za nich rodzice)
- emerytów i rencistów
- bezrobotnych.

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają: osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników.

Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny, którzy uzyskują po zgłoszeniu prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Sprawdzenie ubezpieczenia zdrowotnego

Jeśli ubezpieczony nie jest pewien, czy posiada ubezpieczenie zdrowotne, jest możliwość sprawdzenia tego samego, zrobić to można przy pomocy ZUS online. Oto kroki [11]:

1. Rejestracja w PUE, czyli Platformie Usług Elektronicznych ZUS-u.
2. Założenie konta na stronie internetowej www.zus.pl.
3. W zakładce *Ubezpieczony* świadczeniobiorca sprawdza, czy przysługuje mu ubezpieczenie zdrowotne NFZ.

5. Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego

Do ubezpieczenia zdrowotnego zgłasza świadczeniobiorcę płatnik jego składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Płatnikiem składki może być np.:

- pracodawca – w przypadku pracownika,
- szkoła – w przypadku ucznia,
- urząd pracy – w przypadku bezrobotnego.

Jeśli ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą, musi zgłosić się do ubezpieczenia zdrowotnego samodzielnie.

Gdzie złożyć zgłoszenie

Płatnik składa zgłoszenie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Na stronie internetowej ZUS znajdują się przydatne informacje dotyczące zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz o podstawie wymiaru i wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne [8].

Od kiedy ubezpieczony ma prawo do świadczeń

Od momentu zgłoszenia ubezpieczenia zdrowotnego (niezależnie od tego, czy opłaca składkę, czy nie) [8].

Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny

Jeżeli członkowie rodziny ubezpieczonego nie mają własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego – ma on obowiązek ich zgłosić. W tym celu powinien poinformować o tym płatnika (np. swojego pracodawcę) w terminie 7 dni od zaistnienia okoliczności, które spowodowały konieczność takiego zgłoszenia (np. gdy jego małżonek straci pracę).

Za niepoinformowanie pracodawcy o konieczności zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub wyrejestrowania z niego członka rodziny grozi kara grzywny.

Kogo można zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/obowiazkowe-ubezpieczenie-zdrowotne>):

1. Dziecko (własne, małżonka, przysposobione, wnuka, dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka):
 - bez ograniczenia wieku – jeżeli ma orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub inne traktowane na równi);
 - do ukończenia 18. roku życia – jeśli nie kontynuuje nauki;
 - do ukończenia 26. roku życia – jeśli kontynuuje naukę (po ukończeniu 26. roku życia, jeżeli nie jest ubezpieczony z żadnego innego tytułu, powinno powiadomić szkołę lub uczelnię, która będzie zobowiązana zgłosić je do ubezpieczenia).
2. Małżonka (męża, żonę).
3. Wstępnych, którzy pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (rodzice, dziadkowie).

Dziadkowie mogą zgłosić wnuka do ubezpieczenia zdrowotnego, jeśli jego rodzice nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu lub nie są uprawnieni do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:

- przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy,
- pracy na własny rachunek,
- ubezpieczenia dobrowolnego.

Wsteczne zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego

Jeżeli ubezpieczony nie jest zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego, chociaż ma do tego prawo, i skorzystał ze świadczeń opieki zdrowotnej – może zostać do niego zgłoszony wstecznie.

Terminy

Świadczeniobiorca może się wstecznie zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego:

- przez 30 dni od skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej,
- przez 30 dni od momentu, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia powiadomi ubezpieczonego, że rozpoczął dochodzenie od niego kosztów tych świadczeń.

Jeśli w tym czasie zgłosi się wstecznie do ubezpieczenia, nie poniesie kosztów leczenia.

6. Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne i opłacana jest raz w miesiącu.

Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób.

ALE Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku,

Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne pomniejsza się o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe finansowanych przez ubezpieczonych nie będących płatnikami składek, potrąconych przez płatników ze środków ubezpieczonego.

W przypadku, gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie. W przypadku, gdy w ramach jednego z tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczony uzyskuje więcej niż jeden przychód, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego z uzyskanych przychodów odrębnie.

Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu.

7. Ubezpieczenie zdrowotne za granicą

Wyjeżdżając za granicę naszego kraju, oprócz przemyslenia przebiegu całej podróży, powinniśmy zastanowić się nad ubezpieczeniem zdrowotnym, ponieważ „lepiej dmuchać na zimne”.

Aby mieć dostęp do opieki zdrowotnej, gdy świadczeniobiorca wyjeżdża za granicę (ale pozostaje w UE), koniecznie powinien wyrobić Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego EKUZ. To nic nie kosztuje. Wystarczy wypełnić wniosek o wydanie karty, który znajdzie na stronach NFZ. Osobny dla osób, które wyjeżdżają w celach turystycznych, i osobny dla osób wykonujących pracę za granicą. Powinno się pamiętać też o zasadach, na jakich działa EKUZ. Oto one:

4. Jeśli tymczasowo ubezpieczony przebywa na terenie krajów UE lub przysługują mu wszystkie świadczenia zdrowotne, ale tylko wtedy, gdy są one niezbędne z medycznego punktu widzenia.
5. Można korzystać wyłącznie z leczenia w placówkach państwowej służby zdrowia w danym kraju (w niektórych krajach za wezwanie karetki trzeba zapłacić samemu).
6. EKUZ jest ważna 18 miesięcy (dla zatrudnionych, studentów, rencistów i przedsiębiorców).
7. Karta EKUZ działa w następujących krajach: Hiszpania, Portugalia, Francja, Niemcy, Włochy, Belgia, Holandia, Dania, Szwecja, Czechy, Słowacja, Litwa, Łotwa, Estonia, Bułgaria, Rumunia, Grecja, Cypr, Malta, Chorwacja, Węgry, Austria, Wielka Brytania, Irlandia, Słowenia, Finlandia, Luksemburg. EKUZ uznawana jest także w Szwajcarii, Norwegii, Islandii i Liechtensteinie.

Jeśli świadczeniobiorca podróżuje po krajach spoza Unii Europejskiej, niezbędne będzie wykupienie ubezpieczenia turystycznego, dzięki któremu uzyska zwrot kosztów leczenia. Aby zdobyć ubezpieczenie zdrowotne w przypadku, gdy nie jest zatrudniony, nie pracuje i nie ubezpiecza go inny członek rodziny, wystarczy, że złoży wniosek w odpowiedniej placówce NFZ.

Dostanie tam niezbędne druki oraz polecenie opłacania comiesięcznej składki — 9% wartości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia (to jedyny koszt ubezpieczenia).

- Będą również [11]:
- dokument tożsamości,
 - wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym z NFZ,
 - jakiś dowód na to, że poprzednie ubezpieczenie zdrowotne już wygasło (może to być świadectwo pracy, decyzja o wyrejestrowaniu z Urzędu pracy, czyli utracie statusu bezrobotnego).

8. Koniec okresu ubezpieczenia

Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego

Jeśli świadczeniobiorca straci tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego (np. rozwiąże umowę o pracę), zostanie z niego wyrejestrowany wraz z członkami rodziny.

Jeśli członek rodziny, którego zgłosił do ubezpieczenia zdrowotnego, nabył własny tytuł do ubezpieczenia lub zaistniały inne okoliczności, przez które stracił status członka rodziny – ubezpieczony musi powiadomić o tym płatnika składki, aby go wyrejestrował. Ma na to 7 dni od zaistnienia tych okoliczności.

Wszystko się kończy, dlatego należy zadać sobie pytanie: kiedy wygasa prawo do świadczeń zdrowotnych?

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wygasa po 30 dniach od utraty tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. Wyjątki:

- uczniowie, studenci i doktoranci, którym to prawo przysługuje dłużej;
- 6 miesięcy od zakończenia nauki w szkole ponad gimnazjalnej albo skreślenia z listy uczniów tej szkoły,
- 4 miesiące od ukończenia studiów lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub uczestników studiów doktoranckich,
- osoby ubiegające się o przyznanie emerytury lub renty (wraz z członkami rodziny), którym prawo do świadczeń przysługuje w czasie trwania postępowania o ich przyznanie,
- osoby pobierające zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którym prawo do świadczeń przysługuje w okresie jego pobierania.

Jeśli ubezpieczony stracił prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ utracił tytuł do objęcia obowiązkiem ubezpieczeniem zdrowotnym, a nadal chce z nich korzystać, może ubezpieczyć się dobrowolnie.

Jeśli ma niskie dochody, to – zanim złoży wniosek o dobrowolne ubezpieczenie – powinien sprawdzić, czy nie może uzyskać prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) gminy, w której mieszka.

Jaką datę przyjmuje się za datę ukończenia studiów

Za datę ukończenia studiów przyjmuje się datę złożenia egzaminu dyplomowego:

- na kierunkach lekarskim, lekarsko-dentystycznym i weterynarii – datę złożenia ostatniego wymaganego planem studiów egzaminu,
- na kierunku farmacja i kierunkach związanych z kształceniem w zakresie ratownictwa medycznego i fizjoterapii datę zaliczenia ostatniej praktyki przewidzianej w planie studiów.

Kryterium dochodowe

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. poz. 1358) kryterium dochodu dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 701 zł, a dla osoby w rodzinie – 528 zł (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

9. Podsumowanie

Jak widać ubezpieczenie zdrowotne ułatwia nam dostęp do świadczeń medycznych w kraju i za granicą. Dzięki takiemu świadczeniu możemy zminimalizować wydatki związane z jakimikolwiek wizytami u specjalistów w razie potrzeby. Po wykupieniu dodatkowego ubezpieczenia możemy czuć się pewniej i bezpieczniej również poza granicami naszego kraju. Jeśli nie jesteśmy pewni swojego zabezpieczenia zdrowotnego, powinniśmy bez

wahania sprawdzić wszystkie niewiadome z tym związane, bo nikt tego za nas nie zrobi.

Literatura

- [1] Garbiec R. 2017. Poprawa efektywności finansowej systemu ubezpieczeń społecznych w Polsce. Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie, Nr 73, s. 81-92.
- [2] Garbiec E. 2003. Definicja pojęcia ubezpieczenia. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania w Częstochowie, Nr 3, s. 31-38.
- [3] <https://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/medycyna.hasla,339545,swiadczenia-opieki-zdrowotnej.html> (odczyt: 21.10.2019).
- [4] Kret K. 2019. Podstawy Prawne Ubezpieczeń. Archiwum Wiedzy Inżynierskiej, Tom 4, Nr 2, s. 26-28.
- [5] Kret K. 2018. Odszkodowanie ubezpieczeniowe w wypadkach przy pracy. Archiwum Wiedzy Inżynierskiej, Tom 3, Nr 2, s. 33-35.
- [6] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2011 nr 225 poz. 135).
- [7] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135).
- [8] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obowiazkowe-ubezpieczenie-zdrowotne> (odczyt: 11.11.2019).
- [9] http://nfz-szczecin.pl/lipdu_uprawnieni_do_swiadchen.htm (odczyt: 21.10.2019).
- [10] <https://www.gov.pl/web/zdrowie/masz-prawo-do-bezplatnych-swiadchen-opieki-zdrowotnej> (odczyt: 11.11.2019).
- [11] <https://interviewme.pl/blog/ubezpieczenie-zdrowotne> (odczyt: 11.11.2019).