

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 poz. 1373) do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie (czyli bezpłatnie, tak jak osoby ubezpieczone) mają prawo osoby inne niż ubezpieczone posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, **które spełniają kryterium dochodowe**, określone w przepisach o pomocy społecznej.

Dokumentem potwierdzającym prawo do w/w świadczeń jest decyzja wójta, burmistrza, prezydenta gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo.

Wydanie decyzji o ustaleniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych ze środków publicznych następuje na wniosek zainteresowanego, a w przypadku stanu nagłego na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.

Wydanie decyzji poprzedzone jest przeprowadzeniem postępowania administracyjnego, w tym wywiadu środowiskowego. Wywiad przeprowadzany jest na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 czerwca 2012 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego. Celem tej czynności jest m.in. ustalenie, czy osoba zainteresowana spełnia kryterium dochodowe zgodnie z ustawą o pomocy społecznej oraz ustalenie, czy nie występują dysproporcje między udokumentowaną wysokością dochodu a sytuacją majątkową tej osoby.

Decyzja administracyjna w sprawie potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej lub jego odmowa wydawana jest w terminach określonych w Kodeksie postępowania administracyjnego, tj. nie później niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania, którym jest najczęściej moment złożenia wniosku.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie w/w decyzji przysługuje przez okres 90 dni, chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. Jeżeli istnieje konieczność dalszego leczenia, dłuższego niż 90 dni, może zostać wydana kolejna decyzja.

Wnioski przyjmowane są w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej, pok. 110.