Komunikat dla pacjentów dotyczący „wstecznego” zgłoszenia do ubezpieczenia

Osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną, ale nią nie była, nie będzie musiała zwracać poniesionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów swojego leczenia. Warunkiem jest „wsteczne” zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego - takie zmiany zaczną obowiązywać od 12 stycznia 2017 r.

Zgodnie z przepisami znowelizowanej *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* **osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną** (np. żona/mąż osoby ubezpieczonej, uczące się dziecko osoby ubezpieczonej do 26. roku życia), **ale nią nie była** (gdyż np. nie była zgłoszona przez osobę podlegającą obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członek rodziny) i w momencie korzystania ze świadczeń złożyła pisemne oświadczenie o prawie do świadczeń lub dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń, **nie będzie musiała zwracać poniesionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia kosztów swojego leczenia w przypadku „wstecznego” zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.**

Warunkiem jest dokonanie przez płatnika składek np. w przypadku pracownika przez pracodawcę, w przypadku zleceniobiorcy przez zleceniodawcę, w przypadku emeryta-rencisty przez ZUS/KRUS, zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. **Czas na „wsteczne” zgłoszenie to 30 dni od dnia skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej albo 30 dni od poinformowania przez Fundusz o wszczęciu postępowania administracyjnego w zakresie obowiązku poniesienia kosztów świadczeń zdrowotnych.**

Dodatkowo – w terminie do 90 dni od wejścia ustawy w życie – nie będą wszczynane lub będą umarzane już wszczęte postępowania administracyjne *(ustalające obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej za lata 2013-2016)* pod warunkiem „wstecznego” zgłoszenia do ubezpieczenia.

Należy pamiętać, że każda placówka medyczna, która posiada umowę na świadczenia opieki zdrowotnej z NFZ, w przypadku niepotwierdzenia w systemie eWUŚ uprawnień pacjenta do świadczeń, powinna poinformować o tym fakcie pacjenta. Jednocześnie, powinna przedstawić wynikającą z nowych przepisów możliwość „wstecznego” zgłoszenia do ubezpieczenia.

Zgłoszenie może dotyczyć takich osób, które w czasie korzystania ze świadczeń mogły być zgłoszone przez osobę podlegającą obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu - spełniały przesłanki do bycia członkiem rodziny tzn.:

- były dzieckiem własnym; dzieckiem małżonka; dzieckiem przysposobionym; wnukiem albo dzieckiem, dla którego ustanowiono opiekę w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 - go roku życia, a jeżeli uczy się dalej - do ukończenia 26 - go roku życia; natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
- małżonkiem,
- wstępnym pozostającym z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

źródło - Departament Spraw Świadczeniobiorców

http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-pacjentow-dotyczacy-wstecznego-zgloszenia-do-ubezpieczenia,6947.html