

**Komunikat NFZ z dnia 03-01-2017 r.  
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” zgłoszenie 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