

Rzecznik Praw Pacjenta informuje: Dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej od 12 stycznia 2017 roku

W czwartek 12 stycznia 2017 r. wejdzie w życie zmiana przepisów, która spowoduje, że osoba, której udzielono świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – mimo braku do tego uprawnień – nie zostanie wezwana do zapłaty za to świadczenie. Rzecznik Praw Pacjenta przypomina, że zmiany te nie znoszą obowiązku potwierdzenia prawa do świadczeń.

Tak jak dotychczas, każda osoba, która chce skorzystać z porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ma obowiązek potwierdzenia prawa do świadczeń.

Potwierdzeniem takim jest pozytywna weryfikacja osoby ubiegającej się o świadczenie medyczne przez e-WUŚ. Pacjent może też przedstawić świadczeniodawcy dokument potwierdzający jego prawo do bezpłatnych usług medycznych (np. dokument potwierdzający objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu odprowadzania składek lub zgłoszenia do ubezpieczenia członka rodziny).

W sytuacji braku potwierdzenia uprawnień przez e-WUŚ i braku posiadania dokumentów potwierdzających prawo do bezpłatnych świadczeń, pacjent może złożyć oświadczenie o posiadanych uprawnieniach. Na podstawie takiego dokumentu zostaną bezpłatnie udzielone pełne świadczenia, obejmujące też możliwość uzyskania recepty refundowanej.

Zgodnie z nowym brzmieniem art. 50 ust. 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, której udzielono świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – mimo braku do tego uprawnień – nie zostanie wezwana do zapłacenia za udzielone świadczenia.

Przepisy, które wejdą w życie 12 stycznia br. wprowadzają też inne zmiany, tj. brak konieczności zwrotu kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnych osobie, która w trakcie udzielenia świadczenia spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną, ale nią nie była. Warunkiem jest „wsteczne” zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Szczegółowe informacje można uzyskać na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia – [link do komunikatu NFZ](#)

Wyjątek od obowiązku zwrotu kosztów udzielonego świadczenia wprowadzono wyłącznie dla podstawowej opieki zdrowotnej – czyli korzystania z pomocy tzw. lekarza rodzinnego w przychodni.

W przypadku pozostałych świadczeń, np. w szpitalu czy porady lekarza specjalisty, przepisy pozostają bez zmian – w sytuacji braku statusu osoby ubezpieczonej nadal będzie trzeba zwrócić koszty udzielenia tych świadczeń.

Rzecznik Praw Pacjenta przypomina, że każda osoba ma możliwość uzyskania uprawnień do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu:

- zatrudnienia,
- uzyskiwania świadczeń z organu rentowego,
- objęcia ubezpieczeniem przez powiatowe urzędy pracy,
- objęcie ubezpieczeniem przez organ samorządu terytorialnego,
- zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia.

W tym ostatnim przypadku za członka rodziny uważa się:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, dziecko w rodzinie zastępczej, wnuka – 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,
- małżonka,
- wstępnego pozostającego z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym (np. dziadek, babcia).

Aby zweryfikować status ubezpieczenia, Rzecznik zachęca do kontaktu z [właściwym oddziałem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych](#) bądź z [oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia](#).

za: <http://www.bpp.gov.pl>