

Od 12 stycznia zmiany w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej

Na czym polegają zmiany w przepisach dotyczących POZ

Wprowadzane zmiany ułatwią dostęp do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):

pacjentom, którzy posiadają prawo do świadczeń, chociaż system eWUŚ tego nie potwierdza oraz

pacjentom, którzy – mimo że posiadają potencjalne prawo do świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego – nie są do niego zgłoszeni.

W obu sytuacjach pacjenci (lub ich opiekunowie prawni) będą mogli złożyć oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej i uzyskać nieodpłatnie poradę lekarską (w tym podstawowe badania laboratoryjne związane z realizacją świadczeń z zakresu POZ). **Koszty tych świadczeń pokryje Narodowy Fundusz Zdrowia.** Lekarz będzie mógł tym pacjentom wystawić recepty, jakie otrzymują osoby posiadające prawo do świadczeń. Jednak jeśli osoba, której wystawiono receptę, pomimo złożenia przez nią oświadczenia okaże się nieubezpieczona, będzie musiała ponieść koszty refundacji.

Nowe przepisy wprowadzają również możliwość wstecznego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Skorzystanie z niej zagwarantuje pacjentom, że NFZ nie będzie dochodził od nich należności za udzielone świadczenia, jeżeli jedyną przyczyną braku prawa do świadczeń w chwili ich uzyskania był brak zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.



UPOWSZECHNIENIE DOSTĘPU DO POZ

RZECZYWISTE DZIAŁANIA
ZAMIAST BIUROKRATYCZNEJ MACHINY

- Brak barier w dostępie do lekarzy
– wolimy wydawać środki na leczenie,
a nie na kontrolę uprawnień
- Szybsza diagnoza to skuteczniejsze leczenie

Komu pomogą wprowadzane zmiany

Nowe przepisy w istotny sposób poprawią sytuację obu wymienionych grup pacjentów. Wyeliminują sytuacje, gdy pacjenci, którzy mieli prawo do świadczeń, nie korzystali ze świadczeń POZ z obawy przed poniesieniem kosztów. Na tych zmianach skorzystają przede wszystkim osoby, które potencjalnie miały w chwili uzyskiwania świadczenia status członka rodziny lub mogły być objęte ubezpieczeniem z tytułu pobierania nauki (uczniowie i studenci).

Dotychczasowe problemy dotyczyły m.in. dzieci niezgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego jako członków rodziny, które po przekroczeniu 18. roku życia traciły prawo do świadczeń, jeżeli rodzice nie dokonali zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Problemy mieli także studenci, którzy podejmując pracę uzyskiwali tytuł do ubezpieczenia, a nie wiedzieli, że po rozwiązaniu umowy konieczne jest ponowne zgłoszenie ich do ubezpieczenia jako członków rodziny. Z powodu niedopełnienia tego obowiązku byli traktowani jako osoby, które nie mają prawa do świadczeń – mimo że spełniali przesłanki do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

Gdy osoba w tej sytuacji potrzebowała pomocy lekarskiej, dowiadywała się, że system eWUŚ nie potwierdza jej prawa do świadczeń. Aby otrzymać nieodpłatnie pomoc, musiała podpisać oświadczenie, że jest ubezpieczona. Jednak jeśli NFZ ustalił, że taka osoba nie była zgłoszona do ubezpieczenia, musiała potem zapłacić za leczenie. Nowelizacja ustawy powoduje, że w takich przypadkach osoba nieubezpieczona (np. uczeń powyżej 18. roku, student) może zgłosić się do ubezpieczenia wstecz, jeśli wcześniej spełniała przesłanki do objęcia ubezpieczeniem jako członek rodziny. Dzięki temu tacy pacjenci będą mogli otrzymać pomoc lekarską, której kosztami nie będą już obarczani.

Kiedy nowe przepisy wchodzą w życie

Przepisy, które zapewnią obu grupom pacjentów dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, zawiera *ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz.U. poz. 2173).

W zakresie zasad dochodzenia roszczeń świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ustawa wchodzi w życie 14 dni od dnia ogłoszenia, czyli 12 stycznia 2017 r.

Jest to rozwiązanie przejściowe. Od stycznia 2018 roku zamierzamy odejść od zasady ubezpieczenia zdrowotnego. Zmiany systemowe spowodują, że wszyscy pacjenci, którzy będą potrzebowali pomocy medycznej, otrzymają ją na równych zasadach.

Kto będzie płacił za wizyty lekarskie

Narodowy Fundusz Zdrowia poniesie koszty wizyty u lekarza POZ osoby, która nie ma prawa do świadczeń, jeżeli złożyła ona oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (lub system eWUŚ potwierdził jej prawo do świadczeń).

Wprowadzone zmiany nie zmieniają sposobu rozliczania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. **Narodowy Fundusz Zdrowia sfinansuje te wizyty na dotychczasowych zasadach.**

Czy pacjenci nadal będą potwierdzali prawo do świadczeń

Wprowadzane zmiany nie znoszą obowiązku potwierdzenia prawa do świadczeń i nie przewidują żadnych zmian dotyczących sposobów jego potwierdzania. Od 1 stycznia 2013 r. pacjenci potwierdzają prawo do świadczeń przez:

elektroniczne potwierdzenie za pośrednictwem systemu eWUŚ,

złożenie oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej,

przedstawienie dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń.

Zgodnie z dotychczasowymi zasadami pacjenci przed uzyskaniem świadczenia muszą potwierdzić prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w jeden z wymienionych sposobów, przewidzianych przez *ustawę o świadczeniach*.

Dotychczas, gdy system eWUŚ nie potwierdził prawa do świadczeń, pacjent także mógł złożyć oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. Uzyskanie oświadczenia od pacjenta gwarantowało lekarzowi POZ rozliczenie udzielonego świadczenia (w tym zakresie nie nastąpiły zmiany).

Wsteczne zgłoszenie do ubezpieczenia

Znacząca większość pacjentów, którym system eWUŚ nie potwierdza prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, to osoby, które mają potencjalne prawo do świadczeń z tytułu ubezpieczenia, lecz nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego. Dotyczy to przede wszystkim osób posiadających status członka rodziny oraz studentów, którzy podejmując pracę, uzyskiwali tytuł do ubezpieczenia, a po rozwiązaniu umowy o pracę nie byli świadomi, że konieczne jest ponowne zgłoszenie do ubezpieczenia.

Dlatego ustawa wprowadza rozwiązanie, które **będzie stosowane w przypadku korzystania ze wszystkich rodzajów świadczeń (nie tylko z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej)** – czyli możliwość dokonania **wstecznego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego**. Skorzystanie z niej zagwarantuje pacjentom, że NFZ nie będzie dochodził od nich należności za udzielone świadczenia, jeżeli jedyną przyczyną braku prawa do świadczeń w chwili ich uzyskania był brak zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Osoby nieubezpieczone bez ubezpieczenia (albo bez prawa do świadczeń opieki zdrowotnej)

Osoby, które zadeklarują, że nie posiadają prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, nie mają podstaw do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych, gdyż wprowadzane obecnie rozwiązania nie zmieniają tytułów, jakie uprawniają do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wprowadzane regulacje dotyczą jedynie niedochodzenia przez Fundusz kosztów udzielonego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej od osoby, której prawo do świadczeń nie zostało potwierdzone.

W efekcie przyjętych rozwiązań może się natomiast zdarzyć, że pomoc lekarza podstawowej opieki zdrowotnej uzyska także osoba, która świadomie potwierdzi nieprawdę, składając oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

Dla systemu opieki zdrowotnej mniejszym kosztem są wydatki poniesione w związku z świadczeniami z zakresu POZ udzielonymi osobie nieuprawnionej niż koszty dochodzenia tych roszczeń oraz ewentualne późniejsze koszty leczenia specjalistycznego, którym można zapobiec na etapie udzielania świadczeń przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Dochodzenie kosztów świadczeń innych niż POZ od osób nieposiadających prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

Jeżeli weryfikacja wykaże, że pacjent złożył oświadczenie o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, pomimo że nie posiadał takiego prawa (i nie dokonał wstecznego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego) będzie musiał zwrócić Funduszowi koszty świadczeń, które nie wchodzi w zakres podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Wprowadzone regulacje skutkują niedochodzeniem od takich osób **wyłącznie** kosztów świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (wizyty i badań finansowanych przez lekarza POZ).

Kosztów **świadczeń innych niż POZ**, czyli m.in. kosztów:

leków,

środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,

wyrobów medycznych

dostępnych w aptece na receptę wystawioną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a także kosztów

świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w tym wizyt u lekarzy specjalistów

i specjalistycznych badań) oraz świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w pozostałych zakresach

Fundusz będzie dochodził na dotychczasowych zasadach.

Wyjątkiem będzie sytuacja, gdy jedyną przyczyną braku prawa do świadczeń w chwili ich udzielania świadczenia był brak zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, a pacjent dokona wstecznego zgłoszenia. Wsteczne ubezpieczenie gwarantuje, że Fundusz nie będzie dochodził należności za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej – niezależnie od ich rodzaju.

Lekarze POZ nie będą obarczani kosztami zrealizowanych recept

Lekarze POZ nie poniosą żadnych konsekwencji finansowych związanych z wypisywaniem recept pacjentom, którzy złożyli nieprawdziwe oświadczenia.

Dalsze przewidywane zmiany w zakresie POZ

Dalsze zmiany dotyczące zasad dostępu do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej będą wynikały z dwóch przygotowanych projektów:

projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (projekt skierowany do uzgodnień zewnętrznych oraz konsultacji publicznych w dniu 30 grudnia 2016r.);

projektu wprowadzającego zasadę powszechnego zabezpieczenia prawa do świadczeń dla wszystkich potrzebujących rezydentów (polskich obywateli stale zamieszkałych w Polsce i innych mających legalne prawo pobytu w Polsce). Zgodnie z przyjętym harmonogramem zmiany te mają wejść w życie w styczniu 2018 r.

Jednym z celów reform wprowadzanych przez ministra zdrowia jest zagwarantowanie wszystkim polskim obywatelom mieszkającym legalnie w kraju dostępu do wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby zawarte w tym miejscu dane były rzetelne, wyczerpujące i aktualne. Jednak mają one charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą stanowić podstawy do jakichkolwiek roszczeń.

Jeżeli opublikowany artykuł nie może zostać prawidłowo odczytany przez czytnik ekranu, prosimy o zgłoszenie tego poprzez przycisk „Zgłoś uwagę do artykułu”. Postaramy się jak najszybciej udostępnić bardziej czytelny plik dla osób korzystających z czytników ekranu.