



BYKA za ROGI

**Krzysztof
Ożegowski**

W artykule Beaty Lisowskiej „Pacjenci więcej zapłacą za leki”, zamieszczonym 14 października w *Dzienniku Gazecie Prawnej*, Krystyna Barbara Kozłowska – rzecznik praw pacjenta – twierdzi, że pacjent ma prawo uzyskać receptę „refundowaną” także wtedy, gdy nie przedstawi dowodu ubezpieczenia, argumentując, że recepta jest elementem świadczenia opłacanego ze środków publicznych (NFZ lub budżet państwa).

Niestety, rzecznik nie ma racji. Urzędnik państwowy powinien znać prawo, a to jest jasne – art. 50 ust. 1 ustawy o świadczeniach finansowanych z funduszy publicznych brzmi:

Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:

- 1) kartę ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonego;
- 2) dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 – w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony.

Ponieważ NFZ do tej pory nie zdołał wydać kart ubezpieczenia, obowiązują także zapisy art. 240:

1. Do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
2. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym opła-

canie składek na ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ust. 1, jest dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg.

3. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym fakt objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym może być legitymacja emeryta (rencisty) wydawana na podstawie odrębnych przepisów.

Z tych dwóch zapisów wynika, że pacjent musi przedstawić jakiś dowód ubezpieczenia i opłacenia składki. Gdy tego nie zrobi, są dwie możliwości:

1. Świadczenie nie zostanie udzielone – *ergo* recepta nie będzie wystawiona.
2. Świadczenie zostanie udzielone odpłatnie, a recepta będzie na 100 proc., oczywiście jeśli poradnia będzie w ramach SPZOZ, to ta możliwość nie zachodzi, ponieważ tak to interpretuje Ministerstwo Zdrowia.

Innych możliwości nie ma.

Tu mała dygresja. Świadczeniodawcy z Pomorza, którzy pobierają kaucję od pacjenta, jeśli twierdzi, że jest ubezpieczony, tylko nie może tego dowieść, i tak idą na rękę pacjentowi, gdyż prawo w wypadku świadczeń niewynikających „ze stanu nagłego” nie przewiduje późniejszego dostarczenia dowodu ubezpieczenia. Te późniejsze terminy zapisane w art. 50 ust. 2 i 3 (*ust. 2. W wypadku stanu nagłego dokument, o którym mowa w ust. 1, może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania*

świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w szpitalu. ust. 3. Jeżeli przedstawienie dokumentu, o którym mowa w ust. 1, w terminie określonym w ust. 2 nie jest możliwe, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej) dotyczą tylko leczenia szpitalnego z nagłych powodów. Zgodnie z art. 50 ust. 4 nieprzedstawienie dowodów ubezpieczenia skutkuje udzieleniem świadczenia na koszt pacjenta (ust. 4. W razie nieprzedstawienia dokumentu, o którym mowa w ust. 1, w terminach określonych w ust. 2 i 3, świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy).

W wypadku późniejszego dostarczenia dowodu ubezpieczenia pacjent może jeszcze na podstawie art. 50 ust. 6 (ust. 6. Późniejsze niż przewidziane w ust. 2 i 3 przedstawienie dokumentu, o którym mowa w ust. 1, nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów, o których mowa w ust. 4 albo ich zwrotu.) ubiegać się o zwrot opłaty lub jeśli jeszcze nie zapłacił – o jej anulowanie. Ale podkreślam jeszcze raz, dotyczy to tylko leczenia szpitalnego w stanach nagłych. Świadczenia ambulatoryjne, POZ lub szpitalne planowe nie są objęte tą regulacją, czyli pacjent najpierw musi udowodnić, że jest ubezpieczony.

Rzecznik praw pacjenta, gdyby mu rzeczywiście zależało na losie pacjentów, powinien już dawno, korzystając ze swoich uprawnień, wystąpić do NFZ (a także do Ministerstwa Zdrowia, które nadzoruje NFZ) o wydanie wszystkim ubezpieczonym kart ubezpieczenia, ponieważ ich brak utrudnia korzystanie z należnych bezpłatnych świadczeń, a często wręcz powoduje ich odmowę albo konieczność zapłacenia za nie. Niestety, rzecznik zamiast robić to, co do niego należy, woli czepiać się lekarzy, którzy zgodnie z obowiązującym prawem odmawiają pacjentowi nie tylko wystawienia refundowanej recepty, ale w ogóle udzielenia bezpłatnego świadczenia. Jeśli rzecznik nie wykaże się stanowczością w żądaniu od NFZ natychmiastowego wprowadzenia kart ubezpieczenia – łącznie z karami finansowymi, które może wymierzyć, od 1 stycznia problem może się tylko zaostrzyć w związku z restrykcjami nałożonymi ustawą refundacyjną na lekarzy. Oczywiście rzecznik może jeszcze, przynajmniej na czas do wprowadzenia kart ubezpieczenia, wymóc na NFZ, by umożliwił lekarzom dostęp do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych w celu sprawdzenia statusu pacjenta. Do tej pory bowiem NFZ odmawia takiego dostępu, stosując różne wykręty.