

znak: NFZ/CE/DSS/2012/095/0033/W/28790/API

Warszawa, dn. 31.10.2012 r.

RZECZNIK PRAW PACJENTA	
WPLYNEŁO	
2012 - 11 - 05	
(dawniej)	
RZECZNIKA PRAW PACJENTA	
Znak: RzPP	1629706
Wpłynęło:	2012 - 11 - 05
	data
Znak:	RzPP 17706

Pani

Krystyna Barbara Kozłowska

Rzecznik Praw Pacjenta

szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo znak: RzPP-ZIP-432-2069-2/MC/12 z dnia 03.10.2012 r., dotyczące zgłaszanych do Rzecznika Praw Pacjenta przypadków odmowy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom do 18 roku życia lub kobietom w okresie ciąży, porodu i pòłogu, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), proszę przyjąć poniższą informację.

Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 3 ww. ustawy uprawnione są osoby, które łącznie spełniają następujące przesłanki:

1. posiadają obywatelstwo polskie,
2. mają miejsce zamieszkania na terenie Polski,
3. nie ukończyły 18 roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i pòłogu.

Dokumentem potwierdzającym obywatelstwo polskie jest między innymi dowód osobisty osoby mającej korzystać ze świadczeń lub dowód osobisty rodzica dziecka, biorąc za podstawę ustawę z dnia 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych (Dz.U. z 2006 r. Nr. 139, poz. 993, z późn. zm.) oraz ustawę z dnia 2 kwietnia 2009 r. o obywatelstwie polskim (Dz.U. z 2012 r. poz. 161).

Przy ustalaniu miejsca zamieszkania należy brać pod uwagę przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.), a w szczególności przepisy art. 25. Zgodnie z tym przepisem, miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest

miejscowość, w której przebywa ona z zamiarem stałego pobytu. Ustalenie tego zamiaru powinno być oparte na kryteriach zobiektywizowanych. O zamieszkiwaniu w jakiejś miejscowości można mówić wówczas, gdy występujące okoliczności pozwalają na wyciągnięcie wniosków, że określona miejscowość jest głównym ośrodkiem działalności danej osoby. O miejscu zamieszkiwania decyduje fakt przebywania i zamiar stałego pobytu. Zauważyć należy, że samo zameldowanie, nie przesądza o miejscu zamieszkania w rozumieniu prawa cywilnego. O miejscu zamieszkania nie stanowi też występowanie wyłącznie jednej przesłanki, polegającej na samym tylko zamieszkiwaniu w sensie fizycznym, jednakże bez zamiaru stałego pobytu, chociażby zamieszkiwanie trwało przez dłuższy czas, np. w związku z wykonywaniem pracy czy studiowaniem w innej miejscowości.

Dokumentem potwierdzającym, że kobieta jest ciężarna może być kopia karty, zakładanej kobiecie ciężarnej podczas pierwszej wizyty u lekarza, po zebraniu wywiadu i przeprowadzeniu badania lekarskiego lub zaświadczenie potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub inne zaświadczenie lekarskie.

Okres połogu, zgodnie ze słownikiem określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w *sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz.U. poz. 1100), to okres rozpoczynający się po porodzie i trwający 6 tygodni.

Na podstawie przepisów art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), dzieci mające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na stałe w Polsce mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Status osoby ubezpieczonej mają jedynie dzieci zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodziny osoby ubezpieczonej bądź dzieci zgłoszone do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego przez np. szkołę lub placówkę opiekuńczą jako dzieci (uczniowie) niepodlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu (w tym z tytułu posiadania statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej). Rozróżnienie to jest istotne z uwagi na fakt, iż leczenie dzieci ubezpieczonych, finansowane jest ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, natomiast leczenie dzieci nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego ze środków otrzymanych na ten cel, w ramach dotacji z budżetu państwa.

Zauważyć należy, że z uwagi na wymóg posiadania obywatelstwa polskiego i zamieszkiwania w Polsce z powyższego uprawnienia w **sytuacji braku ubezpieczenia** nie mogą korzystać dzieci – cudzoziemcy.

Uprawnienie dotyczy także **nieubezpieczonych** kobiet znajdujących się w okresie ciąży, porodu i położu, które posiadają obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Polski. Osoby te uprawnione są do korzystania bezpłatnie ze świadczeń opieki zdrowotnej (na takich samych zasadach jak kobiety ubezpieczone) udzielanych w okresie ciąży, porodu i położu.

Rozróżnienie na świadczeniobiorców posiadających ubezpieczenie i na świadczeniobiorców nieposiadających takiego ubezpieczenia, podobnie jak w przypadku dzieci, jest istotne ze względu na podmiot finansujący świadczenie.

W sytuacji leczenia **nieubezpieczonej** cudzoziemki w okresie ciąży, porodu i położu – leczenie odbywa się na koszt tej kobiety (chyba że umowa międzynarodowa, której Polska jest stroną przewiduje, że leczenie w takiej sytuacji obywatelki danego państwa odbywa się nieodpłatnie, tj. na koszt innego podmiotu niż wspomniana kobieta).

Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej określone są rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w *sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego* (Dz.U. UE. L. 200 z 7.6.2004) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w *sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego* (Dz.U. UE. L. 09.284.1), do którego wydana została Decyzja Nr S 3 z dnia 12 czerwca 2009 r. *określająca świadczenia objęte zakresem art. 19 ust. 1 i art. 27 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 oraz art. 25 lit. A) pkt 3 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009*, interpretująca między innymi przepisy dotyczące zakresów świadczeń rzeczowych udzielanych w związku z ciążą lub narodzinami dziecka, stanowiąca że przepis nie obejmuje sytuacji, kiedy celem tymczasowego pobytu za granicą jest urodzenie dziecka. Pamiętać jednak należy że określenie *za granicą*, oznacza poza granicami państwa w którym dana osoba podlega ubezpieczeniu.

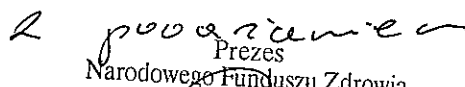
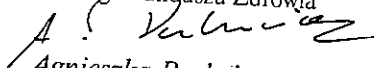
Istotne jest, że osoby, których przepisy dotyczą są osobami **ubezpieczonymi**, dla których zakres świadczeń określa dokument wystawiony przez właściwego ubezpieczyciela, np. obywatelka Polski zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego w jednym z państw Unii Europejskiej, z tytułu wykonywanej pracy lub posiadająca status członka rodziny, **będąca**

osobą ubezpieczoną może mieć udzielone świadczenie opieki zdrowotnej na terenie innego państwa unijnego (nie tylko Polski) na podstawie karty EKUZ lub druku serii S, zależnie od zakresu świadczenia.

Karta EKUZ (Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego) potwierdza uprawnienie do świadczeń niezbędnie koniecznych i zgodnie z wykładnią podaną ww. decyzją nie obejmuje sytuacji, kiedy celem tymczasowego pobytu za granicą jest urodzenie dziecka. Wobec czego, w przypadku, gdy ma być to pobyt stały obowiązuje przedstawiona powyżej zasada.

Odnosząc się do treści załączonej korespondencji uprzejmie informuję, że wnioskować z niej można, iż osoba pisząca jest ubezpieczona w instytucji cypryjskiej, zaś w Polsce korzystając ze swobody przemieszczania zamierza zamieszkać na stałe i korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w pełnym zakresie. Niezbędne jest zatem wystąpienie do instytucji cypryjskiej w celu potwierdzenia statusu tej osoby i wydania dokumentu S1/E106. W sytuacji, gdy ubezpieczyciel cypryjski odmawia wydania ww. dokumentu, należy sprawę wyjaśnić korzystając z pomocy oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jako instytucji właściwej w rozumieniu przepisów o koordynacji.

Korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), możliwe będzie dla tej osoby w przypadku braku ubezpieczenia i spełnieniu ww. przesłanek. Brak ubezpieczenia oznacza jednak brak możliwości korzystania z Karty EKUZ. Niezbędne jest zatem wyjaśnienie statusu osoby której świadczenia opieki zdrowotnej mają być finansowane ze środków publicznych, z uwzględnieniem kto będzie płatnikiem tych świadczeń.

2

Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Agnieszka Pachciarz