



RZECZPOSPOLITA POLSKA  
Rzecznik Praw Pacjenta  
*Krystyna Barbara Kozłowska*

Warszawa, 21 XII .....2011 r.

RzPP-ZPR-0712-1/ED/11

**Pan**  
**Jacek Paszkiewicz**  
**Prezes**  
**Narodowego Funduszu Zdrowia**

W nawiązaniu do opublikowanego, w dniu 19 grudnia br., komunikatu Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie potwierdzenia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, działając na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 7 *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) uprzejmie proszę o pilne wyjaśnienie następujących wątpliwości interpretacyjnych.

Zgodnie z regulacją art. 50 ust. 1 i art. 240 *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.) świadczeniobiorca ubiegający o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:

- 1) kartę ubezpieczenia zdrowotnego (a do czasu jej wydania ubezpieczonemu dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne) – w przypadku ubezpieczonego;
- 2) decyzję wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy potwierdzająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej – w przypadku osób innych niż ubezpieczone.

Mając powyższe na uwadze w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta złożone zgodnie z treścią komunikatu oświadczenie powinno być traktowane na równi z w/w dokumentami (w tym ZUS ZCNA i ZUS RMUA).

Wyjaśnienia wymaga również fakt, czy złożenie oświadczenia, o którym mowa w przedmiotowym komunikacie, zdejmuje z pacjenta obowiązek, określony w art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. obowiązek przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do leczenia innego, niż leczenie szpitalne. Jeżeli zamiarem Narodowego Funduszu Zdrowia jest ograniczenie przedmiotowego obowiązku tylko do leczenia szpitalnego (a tak wydaje się wskazywać treść komunikatu) to uprzejmie proszę o wyjaśnienie, czy wynikający z art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązek przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych w innym czasie (niż czas ubiegania się o udzielenie świadczenia zdrowotnego, a w przypadku leczenia szpitalnego – w ciągu 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń, o ile chory nadal przebywa w szpitalu) tj. w ciągu 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, pomimo regulacji ustawowej nie będzie miał zastosowania? Należy podkreślić, że regulacja art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczy, jak się wydaje, udzielania świadczeń zdrowotnych zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i specjalistycznej opiece zdrowotnej, czy też pomocy doraźnej (tj. w sytuacjach, gdy leczenie nie jest kontynuowane w szpitalu) i została zmodyfikowana przedmiotowym komunikatem. Mając na uwadze powyższe uprzejmie proszę o wyjaśnienie czy przedmiotowy komunikat zachowa moc obowiązującą pomimo pozostawania w sprzeczności z przepisami prawa powszechnie obowiązującego.

