



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Obywatelskich

Prof. dr Andrzej ZOLL

00-090 Warszawa
Al. Solidarności 77

Tel. centr. 551 77 00
Fax 827 64 53

Warszawa, 4 listopada 2004 r.

36639

RPO-488714-XII/04/AA

Pan
dr MAREK BALICKI
MINISTER ZDROWIA

Szanowny Panie Ministrze,

Zmuszony jestem zwrócić się do Pana Ministra w sprawie wdrażania przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135), w zakresie kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia do ustalenia prawa do świadczeń.

Na wstępie należy zauważyć, że od początku istnienia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w ramach tego systemu, funkcjonowała instytucja pozwalająca na ustalenie prawa do świadczeń w drodze indywidualnych decyzji kas chorych a następnie Narodowego Funduszu Zdrowia. Instytucja ta pozwalała na refundowanie ubezpieczonym kosztów terapii lekami nie podlegającymi refundacji na zasadach określonych w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu oraz kosztów procedur medycznych nie objętych umowami o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub realizowanych w ramach programów zdrowotnych. Instytucja ta umożliwiała, m.in. refundowanie rzadkich procedur medycznych oraz terapii nowoczesnymi i drogimi lekami (głównie onkologicznymi).

Nowy ustawodawca zrezygnował z określenia w oddzielnym rozdziale problemu postępowania w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. W art. 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, upoważnił jednakże dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do rozpatrywania indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia

zdrowotnego, do których zaliczył sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. W artykule tym określił również tryb rozpatrywania wniosku w powyższych sprawach zgłoszonego przez ubezpieczonego oraz ustalił środki odwoławcze od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Treść artykułu 109 ust. 1 i 2 wskazuje, iż upoważnienie dotyczy nie tylko wydawania decyzji w sprawie objęcia ubezpieczeniem dobrowolnym, przewidzianym w art. 68 ustawy, ale również ustalenia prawa do świadczeń. Za takim rozumieniem omawianego przepisu przemawia również wykładnia systemowa ustawy. Wykładnia zawężająca, sprowadzająca się do upoważnienia wyłącznie do objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, prowadziłaby do braku kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do ustalania w drodze indywidualnych decyzji nie tylko kosztów terapii lekami nie podlegającymi refundacji na zasadach określonych w ustawie oraz kosztów procedur medycznych nie objętych umowami o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub realizowanych w ramach programów zdrowotnych, ale również np. prawa do leczenia uzdrowiskowego (potwierdzania skierowania na leczenie uzdrowiskowe), czy też kwalifikowania do dalszej opieki w zakładzie opiekuńczo - leczniczym.

Należy również podkreślić, że zgodnie z art. 68 ust. 12 ustawy, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubezpieczającej się dobrowolnie i zgłoszonych do Funduszu członków rodziny, przysługuje od dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Prawo do świadczeń wymienionych osób nie jest ustalane w drodze indywidualnej decyzji, ale wynika wprost z ustawy.

Przyjęcie powyższej wykładni zawężającej powoduje również inne, istotne implikacje. Realizacja praw ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie w drodze umów zawieranych z poszczególnymi świadczeniodawcami oraz programów zdrowotnych niewątpliwie ogranicza dotychczasowe nieprawidłowości (w szczególności uznaniowość w ustalaniu praw ubezpieczonych) oraz ujednolica i porządkuje zasady refundowania drogich terapii. Nasuwa jednakże wątpliwości co do możliwości faktycznego zabezpieczenia w tej formie koniecznych świadczeń zdrowotnych. Nie sposób bowiem przewidzieć sytuacji poszczególnych ubezpieczonych i ich potrzeb zdrowotnych oraz oferowanych leków i rodzajów terapii. Potrzebę istnienia omawianej instytucji potwierdziła dotychczasowa praktyka oraz Ministerstwo Zdrowia, np. w stosunku do rzadkich świadczeń (pismo MZ z dnia 7 października 2003 r. - UZ-17010/073/1/03-KN), kwalifikowania do dalszej opieki w zakładzie opiekuńczo - leczniczym (pismo MZ z dnia 30 lipca 2004 r. -MZ-OZ-P-073-09/EW/04).

Zawarcie odpowiedniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej czy wdrożenie programu zdrowotnego dla rozwiązania konkretnej potrzeby zdrowotnej ubezpieczonego, wymaga przeprowadzenia procedur przewidzianych w art. 139 i 48 ustawy. Nie ulega zatem wątpliwości, że konieczne świadczenie nie będzie mogło być w tym trybie udzielone w krótkim czasie po zgłoszeniu wniosku ubezpieczonego. Może to

opóźnić lub nawet uniemożliwić podjęcie zalecanej terapii (np. onkologicznej). Sytuacja taka ma obecnie miejsce, bowiem ubezpieczeni, którzy złożyli wnioski o leczenie po wejściu w życie omawianej ustawy, zmuszeni są do oczekiwania na podjęcie terapii co najmniej do stycznia 2005 r..

Nie sposób również nie zauważyć, że art. 48 powołanej ustawy nie ustala zasad wyboru programów zdrowotnych oraz zgłaszania i kwalifikowania do tych programów poszczególnych ubezpieczonych. Trudno zatem stwierdzić, iż przygotowanie i wdrażanie programów zdrowotnych oparte jest na przejrzystych zasadach, pozbawionych cech uznaniowości. Stosownie natomiast do art. 109 ust. 3 ustawy, legitymację do zgłoszenia wniosku o rozpatrzenie indywidualnej sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego posiadają ubezpieczeni, a zatem - w świetle art. 2 ust. 1 pkt 1 - osoby objęte powszechnym -obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają natomiast świadczeniobiorcy, do których zalicza się również inne niż ubezpieczeni osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP (art. 2 ust. 1 pkt 2).

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tj. Dz.U. z 2001 r. Nr 14, poz. 147), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o rozważenie powyższej sprawy oraz zajęcie stanowiska. Będę wdzięczny za potraktowanie sprawy jako pilnej, albowiem z posiadanych informacji wynika, że na rozwiązanie podnoszonego problemu oczekuje znaczna liczba ubezpieczonych oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

Z wyrazami szacunku

/-/