

*Dominika Tykwińska-Rutkowska\**

## **OBOWIĄZEK PRAWNY PRZEDSTAWIANIA DRUKÓW RMUA PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCÓW**

### **1. WPROWADZENIE**

W krajowym porządku prawnym obywatelskie prawo do równego, niezależnie od sytuacji materialnej, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>1</sup> znalazło wyraz w przepisie art. 68 ust. 2, w Rozdziale II Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r.<sup>2</sup> zatytułowanym *Wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela*, w podrozdziale II *Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne*. W ocenie Trybunału Konstytucyjnego przepisowi temu, pochodnej prawa do ochrony zdrowia, przypisany został szczególnie charakter, ponieważ art. 68 ust. 2 Konstytucji: (...) *nakłada na władze publiczne, a w szczególności na ustawodawcę, obowiązek określenia zasad realizowania prawa do ochrony zdrowia*<sup>3</sup>. Od władzy ustawodawczej oczekuje się więc podjęcia pozytywnych działań oraz stworzenia systemu, który dookreśli treść prawa do ochrony zdrowia, a także zapewni obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W świetle art. 68 Konstytucji udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się w ramach szeroko rozumianej ochrony zdrowia, która obejmuje opiekę zdrowotną, jednak nie może być z nią utożsamiana<sup>4</sup>. W konsekwencji, podkreśla M. Dercz, prawo jednostki do świadczenia zdrowotnego nie może być

---

\* Dr, Katedra Prawa Administracyjnego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego.

<sup>1</sup> A. Radek, *Problematyka ochrony zdrowia w działalności Rzecznika Praw Obywatelskich w latach 1998–2001*, Annales UMCS 2002, Sectio K, vol. IX, s. 149; J. Jończyk, *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego – Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 12 lutego 2004 r.*, II UK 243/03, OSP 2004, nr 10, s. 553.

<sup>2</sup> Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>3</sup> OTK ZU 2004, seria A, poz. 1.

<sup>4</sup> M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001, s. 17; J. Nosko, *O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym*, [w:] J. Nosko (red.), *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*, Łódź 2004, s. 190.

interpretowane w oderwaniu od przysługującego jej, w świetle przepisów Konstytucji, podmiotowego prawa do ochrony zdrowia<sup>5</sup>. W gruncie rzeczy bowiem prawo do ochrony zdrowia jest urzeczywistniane przez zapewnienie jednostkom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, czyli medycyny leczniczej<sup>6</sup>. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na regulację prawną temu służącą – ustawę z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.ś.o.z.)<sup>7</sup>.

Z art. 15 ust. 1 u.ś.o.z., precyzującego konstytucyjne uprawnienie do świadczeń, wynika prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie. W tym miejscu wypada dodać, że świadczenia opieki zdrowotnej, rozumiane jako świadczenia zdrowotne, zdrowotne rzeczowe, świadczenia towarzyszące, udzielane są na zasadach określonych ustawą (art. 15 ust. 1 w zw. z art. 5 pkt 34 u.ś.o.z.). Przy czym zasady te należy rozumieć szeroko – nie tylko jako treść Działu III powołanej ustawy, poświęconą regułom udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej oraz usług aptecznych i kontroli świadczeniodawców, lecz także jako zasady określone w Dziale II ustawy dotyczącym świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w rozdziale 5 pt. *Zasady potwierdzania prawa do świadczenia opieki zdrowotnej*.

Podmiotami prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są świadczeniobiorcy (art. 15 ust. 1 u.ś.o.z.). Pod tym pojęciem należy rozumieć osoby fizyczne objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni), bez względu na to, czy jest to ubezpieczenie obowiązkowe, czy dobrowolne (art. 2 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 3 u.ś.o.z.). Ponadto mianem świadczeniobiorców objęto, stosownie do przepisu art. 2 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z., inne osoby niż ubezpieczonych – obywatele polskich zamieszkujących na terytorium RP i spełniających kryterium dochodowe, w stosunku do których nie zachodzą okoliczności wyłączające możliwość korzystania ze świadczeń na zasadach i w zakresie określonym dla ubezpieczonych, zgodnie z przepisami art. 8 i 12 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej<sup>8</sup>. Do kategorii świadczenio-

<sup>5</sup> M. Dercz, [w:] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2010 s. 38; M. Dercz, [w:] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 34.

<sup>6</sup> A. Rabiega, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 41–51.

<sup>7</sup> Tekst jedn. Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

<sup>8</sup> Zob.: ustawa z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z 2009 r., Nr 175, poz. 1362 ze zm.), rozporządzenie Rady Ministrów z 29.07.2009 r. w sprawie zweryfikowanych

biorców zaliczono również obywateli polskich posiadających miejsce zamieszkania na terytorium RP do chwili ukończenia 18 roku życia oraz kobiety w okresie ciąży, porodu, połogu (art. 2 ust. 1 pkt 3 u.ś.o.z.)<sup>9</sup>. Mając na uwadze temat niniejszego artykułu, rozważania ograniczone zostaną jedynie do przedstawienia sytuacji prawnej świadczenioborców podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, będących osobami spełniającymi warunki do objęcia ubezpieczeniem społecznym stosownie do postanowień art. 66 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z., a konkretnie pracowników w rozumieniu art. 6 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 8 ust. 1 ustawy z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (dalej: u.s.u.s.)<sup>10</sup>.

Z art. 8 ust. 1 pkt 1 u.s.u.s. wynika, że za pracownika uważa się osobę pozostającą w stosunku pracy<sup>11</sup>. Na równi z zatrudnieniem na obszarze Rzeczypospolitej traktuje się, stosownie do treści przepisu art. 8 ust. 14 u.s.u.s., zatrudnienie obywateli polskich za granicą w polskich przedstawicielstwach dyplomatycznych i urzędach konsularnych, w stałych przedstawicielstwach ONZ i innych misjach lub misjach specjalnych, a także w innych polskich placówkach, instytucjach lub przedsiębiorstwach, chyba że umowy międzynarodowe stanowią inaczej. Jak podkreśla A. Sidorko, na status pracownika, w rozumieniu u.s.u.s., nie wywiera wpływu fakt wykonywania pracy poza granicami RP w wyniku skierowania przez pracodawcę – pracownik pozostaje objęty ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym w RP, chyba że z umowy międzynarodowej w przedmiocie ubezpieczeń społecznych podpisanej i ratyfikowanej przez RP będzie wynikało co innego<sup>12</sup>.

Wynikający z powołanego przepisu art. 66 ust. 1 u.ś.o.z. obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z przepisem art. 67 ust. 1 u.ś.o.z., uważa się za

---

kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. Nr 127, poz. 1055).

<sup>9</sup> Nie są zaś świadczenioborcami, zgodnie z przepisem art. 2 ust. 3 u.ś.o.z., osoby niebędące obywatelami polskimi, które uzyskują świadczenia zdrowotne na zasadach określonych przepisami odrębnymi i umowami międzynarodowymi.

<sup>10</sup> Tekst jedn. Dz.U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 ze zm.

<sup>11</sup> Pracownikiem jest także w myśl art. 8 ust. 2a u.s.u.s. osoba wykonująca pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do których znajdują zastosowanie przepisy ustawy z 23.04.1964 r. Kodeks cywilny (dalej: k.c.; Dz.U. Nr 16, poz. 93 ze zm.) w przedmiocie zlecenia, umowy o dzieło, jeżeli osoba ta zawarła taką umowę z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy. Za pracowników uznaje się również osoby bliskie, z którymi została zawarta umowa o pracę w celu przygotowania zawodowego (art. 8 ust. 11 u.s.u.s. w zw. z art. 5 pkt 24 u.ś.o.z.).

<sup>12</sup> A. Sidorko, [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewski – Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 528.

spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu, stosownie do postanowień przepisów art. 74 – 76 u.ś.o.z., oraz po opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. W wyniku wprowadzenia powyższych postanowień dotyczących obowiązku ubezpieczenia i w konsekwencji opłacania składek wypada zauważyć, że mamy do czynienia z publicznoprawnym stosunkiem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego<sup>13</sup>. Ponadto należy podkreślić, że, nałożony w przepisach art. 67 w zw. z art. 79 ust. 2 u.ś.o.z., obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne jest w gruncie rzeczy obowiązkiem uiszczania, składania daniny publicznej<sup>14</sup>. Zwrócić należy również uwagę, że osoba, która podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, uzyskuje prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego dopiero po zgłoszeniu do NFZ (art. 67 ust. 2 u.ś.o.z.). Natomiast udzielenie świadczeniobiorcy świadczenia opieki zdrowotnej uznanego zagwarantowane w określonym zakresie oraz wystawienie skierowania do specjalisty czy recepty na lek refundowany jest uzależnione od przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń (art. 50 ust. 1 u.ś.o.z. w zw. z art. 49 u.ś.o.z. i w zw. z art. 15 ust. 1 i 3 u.ś.o.z.). Podkreślenia wymaga, że nałożony na świadczenioborcę obowiązek przedstawiania dowodu ubezpieczenia realizowany jest każdorazowo przed skorzystaniem ze świadczenia<sup>15</sup>. Od tego obowiązku przewidziano jednak dwa wyjątki. Po pierwsze, jeżeli świadczenioborca znajduje się w stanie nagłym, wtedy dokument można przedstawić nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia, o ile chory nie przebywa w szpitalu (art. 50 ust. 2 i 3 u.ś.o.z.). Po drugie, jeżeli przedstawienie dokumentu nie jest możliwe przed udzieleniem świadczenia ani

<sup>13</sup> M. Saffjan, *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, PiM 2005, nr 1, s. 12; M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008, s. 64, za Z. Strus, *Odpowiedzialność cywilna Narodowego Funduszu Zdrowia (dawnych Kas Chorych)*, referat wygłoszony na Konferencji Sędziów Sądu Najwyższego w Rajgrodzie k. Augustowa, 1–4 czerwca 2005 r., s. 18–20.

<sup>14</sup> Na poparcie tezy o publicznym charakterze środków gromadzonych przez NFZ można powołać przepisy art. 1 pkt 1 i 2, art. 2 ust. 1 czy art. 114 ust. 2 u.ś.o.z., w których to wprost środki znajdujące się w dyspozycji NFZ określane są mianem publicznych. Ponadto na rzecz publicznego charakteru składek świadczy przepis art. 5 ust. 1 pkt 1 w zw. z ust. 2 pkt 1 u.f.p. – środkami publicznymi są dochody, do których zalicza się między innymi składki, których obowiązek ponoszenia na rzecz państwa, jednostek samorządu terytorialnego, państwowych funduszy celowych oraz innych jednostek sektora finansów publicznych wynika z odrębnych ustaw, m.in. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Skoro środki funduszu mają charakter publiczny, to zarządzanie nimi powinno odbywać się na zasadach określonych w u.f.p. Na podstawie art. 102 u.ś.o.z. zadania te wykonuje Prezes NFZ. Zob.: J. Nowak-Kubiak, B. Łukasik, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Komentarz, wyd. 1, Warszawa 2006, s. 289.

<sup>15</sup> Zob. A. Sidorko, [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska – Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki...*, 403 – 404.

w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 50 ust. 3 u.ś.o.z. w zw. z art. 50 ust. 1 i 2 u.ś.o.z.). Z obowiązku przedstawienia dowodu ubezpieczenia zdrowotnego zwolniono jednak dzieci do ukończenia 6 miesiąca życia (art. 50 ust. 8 u.ś.o.z.).

Stosownie do postanowień art. 50 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z., dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń świadczeniobiorcy będącego osobą ubezpieczoną jest karta ubezpieczenia zdrowotnego<sup>16</sup>. Karta ta w zamierzeniu, ponieważ do dnia 31 marca 2012 r. nie została wdrożona poza Śląskiem<sup>17</sup>, jest kartą typu elektronicznego (art. 49 ust. 2 u.ś.o.z.). Przepis art. 49 ust. 3 u.ś.o.z. stanowi, że dokument ten ma między innymi zawierać następujące dane: imię (imiona) i nazwisko ubezpieczonego, datę urodzenia i numer PESEL (w przypadku ubezpieczonego cudzoziemca numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość), numer identyfikacyjny instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, datę ważności karty i numer identyfikacyjny karty. Ustawodawca, w przepisie art. 49 ust. 4 u.ś.o.z., dozwolił, aby funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego pełnił inny dokument typu elektronicznego, np. elektroniczny dowód osobisty<sup>18</sup>, przy spełnieniu dwóch warunków. Po pierwsze, dokument ten powinien zawierać minimum danych określonych w art. 49 ust. 3 pkt 1 – 3, czyli imię (imiona) i nazwisko ubezpieczonego, datę urodzenia i numer PESEL, a po drugie, powinien spełniać funkcje przewidziane dla karty ubezpieczenia zdrowotnego, to znaczy musi umożliwiać potwierdzenie prawa ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej oraz potwierdzenie wykonania świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast sama karta będzie mogła ponadto pełnić funkcję Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (art. 49 ust. 5 u.ś.o.z.). Dokument

<sup>16</sup> Natomiast zgodnie z art. 50 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z. w zw. z art. 54 ust. 1 u.ś.o.z. w przypadku świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, wskazanych w art. 2 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z., dokument ten stanowi decyzja wójta (odpowiednio burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy. Ponadto w przypadku świadczeniobiorców, którym prawo do świadczeń przysługuje na podstawie przepisów o koordynacji dokument taki stanowi zaświadczenie o prawie do świadczeń (art. 51 ust. 1 u.ś.o.z.) oraz poświadczenie o prawie do świadczeń albo inny dokument (art. 53 ust. 1 u.ś.o.z.).

<sup>17</sup> System elektronicznych kart ubezpieczenia zdrowotnego z powodzeniem wprowadziła Śląska Kasa Chorych w 2001 r.

<sup>18</sup> Z informacji udzielonej w wywiadzie prasowym przez *M. Stawarską* z biura prasowego centrali NFZ wynika, iż przedstawiciele MSWiA (obecnie MAiC, przyp. wł. D.T-R.) i NFZ uczestniczą w pracach mających na celu połączenie karty ubezpieczenia zdrowotnego z elektronicznym dowodem osobistym, w ten sposób dowód osobisty mógłby być wykorzystywany w celu potwierdzenia uprawnienia do świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia. Wprowadzenie dowodów elektronicznych planowane jest dopiero jednak w 2013 r. *K. Szymanowski, Pracownicy i pracodawcy narzekają na biurokrację w NFZ, Dziennik Bałtycki* z 21.11.2011 r., s. 7.

ten będzie wydawany bezpłatnie, a odpłatność na poziomie 1,5% minimalnego wynagrodzenia przewiduje się w przypadku, gdy ubezpieczony utracił kartę i ubiega się o wydanie nowej w miejsce zagubionej (art. 49 ust. 6 u.ś.o.z.). W szczególnie uzasadnionych przypadkach dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może zwolnić ubezpieczonego z obowiązku ponoszenia opłaty (art. 49 ust. 7 u.ś.o.z.).

Na etapie prac legislacyjnych nad ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przewidując, że wdrożenie karty będzie procesem długotrwałym, wprowadzono, w art. 240 u.ś.o.z., postanowienia w przedmiocie dowodu ubezpieczenia zdrowotnego do czasu wydania karty ubezpieczania zdrowotnego<sup>19</sup>. Zgodnie z powołanym artykułem do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego dowód ubezpieczenia zdrowotnego pełni każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności potwierdza opłacanie składek ubezpieczenia zdrowotnego (art. 240 ust. 1 u.ś.o.z.)<sup>20</sup>.

Jak podkreśla A. Sidorko, do ustawy wprowadzono szeroki katalog dokumentów uznawanych za dowody ubezpieczenia zdrowotnego – są to bowiem wszystkie dokumenty potwierdzające uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, a między innymi te, które potwierdzają opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne<sup>21</sup>. Z komunikatu przedstawionego przez NFZ, w związku z zaprzestaniem wydawania przez ZUS legitymacji ubezpieczeniowych od dnia 1.01.2010 roku<sup>22</sup>, na temat dokumentów potwierdzających prawo do korzystania

---

<sup>19</sup> A. Sidorko, [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska – Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach ...*, s. 396.

<sup>20</sup> W przypadku emerytów i rencistów dowód ubezpieczenia stanowi dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, między innymi odcinek przekazu lub wyciąg (art. 240 ust. 2 u.ś.o.z.), ponadto dokumentem tym może być także legitymacja emeryta – rencisty wydawana stosownie do postanowień ustawy z 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

<sup>21</sup> A. Sidorko, [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszkiewicz – Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach...*, s. 397.

<sup>22</sup> Legitymacje ubezpieczeniowe wydawano stosownie do postanowień nie obowiązujących już przepisów – jednym z takich aktów była *Instrukcja Nr 1 Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 18.02.1995 r. w sprawie zgłoszeń do ubezpieczenia społecznego, rozliczania składek i świadczeń z ubezpieczenia społecznego, opłacania składek na ubezpieczenie społeczne, na Fundusz Pracy i na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz legitymacji ubezpieczeniowych osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia oraz osób współpracujących. Oczywiście w związku z wejściem w życie ustawy z 02.04.1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, akt ten utracił moc obowiązującą, co jednak nie oznaczało zaprzestania stosowania nieobowiązujących przepisów przez ZUS, pracodawców, NFZ czy świadczeniodawców.*

ze świadczeń zdrowotnych<sup>23</sup> wynika, że dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę, która podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, dowód taki stanowi druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego przedstawiany wraz z aktualnie potwierdzonym raportem miesięcznym ZUS RMUA wydawanym przez pracodawcę (nie dotyczy osób na urlopie bezpłatnym powyżej 30 dni). Ponadto dokumentami uprawniającymi do bezpłatnego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w określonych zakresach są: zaświadczenie wydane przez zakład pracy oraz legitymacja ubezpieczeniowa z aktualnym wpisem i pieczętą pracodawcy. Mając na uwadze zasadę, wynikającą z przepisu art. 67 ust. 4 u.ś.o.z., zgodnie z którą prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, świadczeniobiorca obowiązany jest przedstawić, na co zwraca uwagę A. Sidorko: „(...) dokumenty, które potwierdzają fakt posiadania przez niego ubezpieczenia zdrowotnego nie dawniej niż 30 dni przed datą skorzystania ze świadczenia opieki zdrowotnej”<sup>24</sup>. Termin 30 – dniowy liczony jest, co podkreślono w komunikacie NFZ, w zależności od dokumentu: od daty wystawienia w przypadku zaświadczenia z zakładu pracy, daty poświadczenia w legitymacji ubezpieczeniowej, daty opłacenia składki – dotyczy miesięcznego raportu ZUS RMUA<sup>25</sup>.

## 2. PODSUMOWANIE

Z przedstawionej powyżej regulacji prawnej wynika, iż oprócz obowiązku ubezpieczenia, z którym związany jest obowiązek uiszczania składki na to ubezpieczenie, na świadczeniobiorcy ciąży również obowiązek przedstawiania dowodu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z tym, że dowody te, w postaci kart ubezpieczenia zdrowotnego, nie zostały wdrożone, choć ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, w tym przepis art. 49 u.ś.o.z., weszła w życie z dniem 1 października 2004 r. Zasadne jest więc twierdzenie, iż w przedstawionej sytuacji doszło do przerzucenia obowiązków informacyjnych z państwa na obywatela, co

<sup>23</sup> Komunikat NFZ dodany w dniu 12.11.2009 r. na stronę internetową: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=0&dzialnr=2&artnr=3926&b=1>.

<sup>24</sup> A. Sidorko, [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszkiewicz – Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach...*, s. 398.

<sup>25</sup> Wyjątkami od tej zasady są: legitymacja emeryta - ważna bezterminowo, zaświadczenie z urzędu pracy o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego - do końca terminu ważności, decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy - ważna 90 dni od dnia określonego w decyzji. Komunikat NFZ, dostępny na stronie:

<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=0&dzialnr=2&artnr=3926&b=1>, 15.05. 2012 r.

w kontekście obowiązującej od dnia 1 stycznia 2012 ustawy z 16.09.2011 r. o redukcji niektórych obowiązków obywateli i przedsiębiorców<sup>26</sup>, stawia pod znakiem zapytania działania służące znoszeniu barier dla obywateli i przedsiębiorców w systemie prawa krajowego, zapoczątkowane ustawą z 25.03.2011 r. o ograniczaniu barier administracyjnych dla obywateli i przedsiębiorców<sup>27</sup>.

Ponadto zastanawiać się można, na jakiej podstawie NFZ określił katalog dokumentów uznawanych za wystarczające do potwierdzenia prawa do świadczenia. Z przepisu art. 240 u.ś.o.z. nie wynika upoważnienie dla żadnego z organów NFZ do wskazania takich dokumentów, dokumenty te *expressis verbis* wskazał ustawodawca w przepisach Działu II, rozdziału 5 ustawy pt. *Dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej* (a następnie przez kilka lat Rada Ministrów nie wykonała obligatoryjnego upoważnienia do wydania rozporządzenia wykonawczego w przedmiocie elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego<sup>28</sup>). Z żadnego obowiązującego przepisu prawa również nie wynika, że obowiązkiem prawnym świadczeniobiorcy, osoby pozostającej w stosunku pracy, która ubiega się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych, jest przedstawienie właśnie druku ZUS RMUA, a ponadto druku aktualizowanego co 30 dni. Skoro art. 240 ust. 1 u.ś.o.z. stanowi o każdym dokumencie, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności potwierdza opłacanie składek ubezpieczenia zdrowotnego, to za takie można by uznać między innymi pisemne oświadczenie pracodawcy potwierdzające status pracownika i fakt pozostawania w stosunku pracy w dniu wystawienia oświadczenia, a także odprowadzania składki na ubezpieczenie społeczne za ostatni miesiąc czy wystawiane pracownikom odcinki listy płac, podpisane przez pracodawcę lub osobę upoważnioną przez pracodawcę, zawierające informacje w szczególności o wysokości składki odprowadzonej na ubezpieczenie zdrowotne, a nawet przygotowane na potrzeby pracodawcy formularze przypominające legitymacje ubezpieczeniowe wydawane przez ZUS, zawierające stosowne poświadczenie czy wydane przez ZUS przed dniem 1.01.2010 r. legitymacje ubezpieczeniowe, pod warunkiem, że w legitymacji tej jest miejsce na dokonanie poświadczenia.

<sup>26</sup> Dz.U. Nr 232, poz. 1378.

<sup>27</sup> Dz.U. Nr 106, poz. 622 ze zm.

<sup>28</sup> Z dniem 1 stycznia 2013 r. zaczęły obowiązywać nowe rozwiązania w przedmiocie potwierdzania prawa świadczeniobiorcy, osoby ubezpieczonej, do świadczenia opieki zdrowotnej, wprowadzone do art. 50 u.ś.o.z. na mocy art. 1 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1016). Nic nie wskazuje jednak na to, by zakończył się długotrwały okres zaniechania prawodawczego, którego dopuściła się Rada Ministrów na podstawie art. 49 ust. 9 u.ś.o.z.

**BIBLIOGRAFIA**

- Dercz M., Izdebski H., *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001.
- Dercz M., [w:] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2010.
- Dercz M., [w:] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Jończyk J., *Glosa do wyroku Sądu Najwyższego – Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 12 lutego 2004 r.*, II UK 243/03, OSP 2004, nr 10.
- Nosko J., *O potrzebie ustawy o zdrowiu publicznym*, [w:] *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce* pod red. J. Nosko, Łódź 2004, s. 190.
- Nowak-Kubiak J., Łukasik B., *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, wyd. 1, Warszawa 2006.
- Rabiega A., *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009.
- Radek A., *Problematyka ochrony zdrowia w działalności Rzecznika Praw Obywatelskich w latach 1998–2001*, Annales UMCS 2002, Sectio K.
- Safjan M., *Kilka refleksji wokół problematyki zadośćuczynienia pieniężnego z tytułu szkody wyrządzonej pacjentom*, PiM 2005, nr 1.
- Sidorko A., [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska – Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010.
- Śliwka M., *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008, s. 64, za Z. Strus, *Odpowiedzialność cywilna Narodowego Funduszu Zdrowia (dawnych Kas Chorzych)*, referat wygłoszony na Konferencji Sędziów Sądu Najwyższego w Rajgrodzie k. Augustowa, 1–4 czerwca 2005 r.
- Szymanowski K., *Pracownicy i pracodawcy narzekają na biurokrację w NFZ*, Dziennik Bałtycki z 21.11.2011 r.

*Dominika Tykwińska-Rutkowska*

**THE LEGAL OBLIGATION OF BENEFICIENTS TO PROVE THE RIGHT TO HEALTH CARE SERVICES**

The subject of the paper is the presentation of beneficiaries' obligation to prove that they are insured in order to obtain health care services. According to the provisions of the Act of 24 August 2004 on the health care services financed from public funds employees (Official Journal No, Item, with amendments) beneficiaries that are employed are obliged to insure with the National health insurance and are entitled to use health care services only after presenting their Health Insurance Card. Although the act was adopted in 2004 the Health Insurance Card hasn't been introduced yet. The employees are obliged to prove their right to health care services by presenting the monthly updated personal report of an insured issued by the employer. The report called in polish RMUA and proves the fact of being insured and so entitled to health care services financed from public funds although there is no legal ground to this.