



„Wychowanie w Rodzinie” t. XVI (2/2017)

nadesłany: 03.10.2016 r. – przyjęty: 02.07.2017 r.

Dorota GNIEWOSZ*, **Janina DOROSZKIEWICZ****

Ubezpieczenie zdrowotne dziecka

The child health insurance

Streszczenie

Artykuł poświęcony jest ubezpieczeniu zdrowotnemu dziecka jako członka rodziny. Przedstawiono w nim stan prawny obowiązujący w Polsce. Przeanalizowano przykłady osób ze statusem nieubezpieczonego. Omówiono zagrożenia wynikające z braku uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Słowa kluczowe: ubezpieczenie, rodzina, dziecko, nieletni.

Abstract

The article is devoted to the health insurance of a child as a family member. It presents the legal situation in Poland. The examples of those with the ‘uninsured’ status had been analysed. It discusses the risks resulting from the lack of rights to the use of health care services financed from public funds

Keywords: insurance, family, child, minor.

* e-mail: dorotagniewosz@gmail.com

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wydział Ekonomii, Zarządzania i Turystyki w Jeleniej Górze, ul. Nowowiejska 3, 58-500 Jelenia Góra, Polska.

** e-mail: jdoroszkiewicz@op.pl

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wydział Ekonomii, Zarządzania i Turystyki w Jeleniej Górze, ul. Nowowiejska 3, 58-500 Jelenia Góra, Polska.

Wprowadzenie

Ubezpieczenie zdrowotne jest jednym z ważnych a zarazem podstawowych ubezpieczeń w Polsce. Obowiązkowo ubezpieczeniu podlegają osoby wyszczególnione w art. 66. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych¹. Osobie ubezpieczonej przysługują świadczenia zdrowotne, mające na celu zachowanie zdrowia, ochronę przed skutkami chorób oraz leczenie. Członkowie rodzin osoby ubezpieczonej, którzy zostali przez nią zgłoszeni do ubezpieczenia, mogą korzystać z usług zdrowotnych na takich samych zasadach jak ubezpieczony. Członkami rodziny są między innymi: niepracująca żona, niepracujący mąż oraz dziecko. W artykule skoncentrowano się tylko na dziecku. Dziecko w ubezpieczeniu zdrowotnym występuje jako członek rodziny do ukończenia przez nie 18. roku życia lub, jeśli kontynuuje naukę, do 26. roku życia. Celem niniejszego artykułu jest omówienie problematyki finansowania świadczeń medycznych udzielanych osobom, których uprawnienia do korzystania z tych świadczeń są uzależnione od prawidłowego postępowania osób trzecich, w świetle obowiązujących przepisów wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych². Przeanalizowano obowiązujący stan prawny, dostępne materiały statystyczne w kontekście udzielonych świadczeń medycznych oraz cennik jednostek rozliczeniowych płatnika publicznego – Narodowego Funduszu Zdrowia. Pomimo prześledzenia wielu publikacji dotyczących finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, nie znaleziono literatury naukowej poruszającej ten problem.

Z zebranego materiału różnych historii pacjentów *de facto* osób nieubezpieczonych, wybrano najciekawsze z poszczególnych grup w różnych zakresach udzielania świadczeń medycznych. Podjęto próbę określenia zagrożeń dla rodziny, wynikających z niezgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego. Czy brak zgłoszenia dziecka może *narazić rodzinę* na skutki *finansowe*? *Jeżeli tak, to jakie? I w jakich przypadkach?* Analiza zebranych danych pozwoliła na określenie wstępnych wniosków.

Aspekty prawne ubezpieczenia zdrowotnego

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych reguluje zasady i formy ubezpieczenia zdrowotnego³. Na tej podstawie ubezpieczony⁴ może korzystać w publicznych i niepublicznych placówkach

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2015.581 tekst jednolity z późniejszymi zmianami.

² Tamże.

³ Tamże, Art. 3.

⁴ Tamże, Art. 66.

medycznych⁵, które podpisały umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, z leczenia finansowanego ze środków publicznych.

„Do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych, posiadają prawo wszystkie osoby zaliczające się do pojęcia «świadczeniobiorcy», zdefiniowanego poprzez kryteria zawarte w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Największą grupą są osoby objęte powszechnym, tzn. obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Druga grupa to osoby nieubezpieczone, które legitymują się polskim obywatelstwem i mają miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej, a które nie ukończyły 18 roku życia”⁶.

Dzieci i młodzież posiadający obywatelstwo polskie do ukończenia 18. roku życia mają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej⁷, zarówno jako osoby zgłoszone do ubezpieczenia, jak i niezgłoszone⁸. Młodzież do ukończenia 26. roku życia korzysta ze świadczeń, pod warunkiem że osoba została zgłoszona do ubezpieczenia i pobiera naukę. Bez ograniczenia wieku, prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, zachowują osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi. Pomimo, iż każde dziecko i młodzież do ukończenia 18. roku życia z mocy ustawy są ubezpieczone, w pierwszej kolejności powinno być spełnione prawo zgłoszenia do ubezpieczenia przez uprawnionego, a jeżeli jest to niemożliwe, działa bezwzględnie zapis ustawy. Osoba (rodzic, opiekun prawny), podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny, jakim jest dziecko⁹. Gdy żaden z rodziców nie może tego zrealizować, zgłoszenia wnuków, które żyją z ubezpieczonym we

⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2013.217.

⁶ T. Holecki, J. Woźniak-Holecka, A. Bocionek, *Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieubezpieczonym na podstawie decyzji organu wykonawczego samorządu terytorialnego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, J. Sokołowski, G. Węgrzyn (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2013, nr 307, s. 225–226.

⁷ Świadczenia zdrowotne – rozumie się przez to świadczenia określone w Ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. 1991.408 z późniejszymi zm.; świadczenie zdrowotne obejmuje również transport sanitarny inny niż określony w art. 4 pkt 4 Ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. 2001.1207 i 1801 oraz Dz. U. 2002.2073.

⁸ Zgłoszenie do ubezpieczenia jest istotne, ponieważ od tego zależy, z jakich środków finansowane jest leczenie. Przepisy stanowią, że opieka zdrowotna nad dzieckiem ubezpieczonym, finansowana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze składek osób ubezpieczonych, natomiast za opiekę nad dzieckiem nieubezpieczonym także płaci Fundusz, ale z dotacji, którą otrzymuje z budżetu państwa. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej..., dz. cyt.

⁹ Do ubezpieczenia zdrowotnego, jako członka rodziny, można zgłosić: dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej. Tamże.

wspólnym gospodarstwie¹⁰ mogą dokonać dziadkowie, podlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Jeżeli nie ma możliwości zgłoszenia w żaden z wyżej wymienionych sposobów, ucznia lub studenta może zgłosić szkoła lub uczelnia na jego prośbę o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym. Dziecko do ubezpieczenia zdrowotnego zgłasza jeden rodzic, który posiada ubezpieczenie zdrowotne. Za członków rodziny nieopłacane są składki na ubezpieczenie zdrowotne i wysokość dochodu rodziny (wynagrodzenie zgłaszającego rodzica) nie ma znaczenia. Jeśli osoba zgłaszająca członka rodziny zostanie wyrejestrowana z ubezpieczenia zdrowotnego (np. zakończy umowę o pracę, umowę zlecenia, prowadzenie działalności gospodarczej, przestanie podlegać dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu itd.), to wyrejestrowaniu podlega także członek jej rodziny. Członek rodziny traci status ubezpieczonego automatycznie, gdy nabędzie swój tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego (np. jako pracownik, zleceniobiorca, osoba prowadząca działalność gospodarczą, bezrobotny itd.)¹¹.

Korzystanie ze świadczeń medycznych

Świadczenia medyczne mogą być udzielane w zakresach: ratownictwa medycznego, podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz pierwszego kontaktu), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacyjnej, leczenia szpitalnego i pozpitalnego oraz refundacji leków i zaopatrzenia w wyroby medyczne. Ustawa o działalności leczniczej¹² określa formę prawną podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹³. Podmiotami udzielającymi świadczenia zdrowotne, w ramach środków publicznych, mogą być placówki publiczne i niepubliczne.

Osoba ubezpieczona może leczyć się tylko w tych, które mają podpisaną umowę na świadczenie usług zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wyniki europejskiego ankietyowego badania zdrowia (*European Health Interview Survey – EHIS*)¹⁴ umożliwiają poznanie sytuacji zdrowotnej mieszkań-

¹⁰ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych..., dz. cyt. Art. 66 ust. 1.

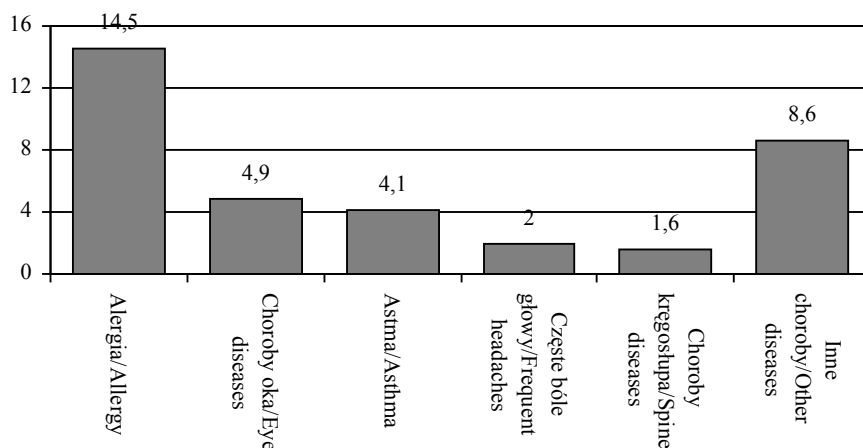
¹¹ Chcąc zgłosić dziecko do ubezpieczenia rodzic powinien poinformować swojego płatnika składek (najczęściej pracodawcę) o członkach rodziny, których ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego. Tamże.

¹² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej..., dz. cyt.

¹³ D. Gniewosz, *Wolontariat w placówkach opiekuńczych służby zdrowia*, [w:] H. Gradkowski (red.), *Wolontariat jako metoda resocjalizacji*, Wydawca Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze, Jelenia Góra 2015, s. 79–80.

¹⁴ Europejskie ankietyowe badanie zdrowia (*European Health Interview Survey – EHIS*) to kluczowe narzędzie realizacji jednego z głównych celów Unii Europejskiej w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego, por. źródło: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/default aktualnosci/5513/10/1/1/zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_mieszkanow_polski_w_swietle_badiana_ehis_2014.pdf [dostęp: 19.05.2016].

ców Polski¹⁵. Z opracowanych informacji statystycznych za rok 2014 wynika, że rodzice u prawie 26% badanych dzieci w wieku 0–14 lat, zgłaszali istnienie przewlekłych problemów ze zdrowiem. Niemal co czwarte dziecko, zdaniem rodziców, miało długotrwałe dolegliwości zdrowotne lub choroby przewlekłe¹⁶. W roku 2014 bez mała 27% ogółu badanych dzieci chorowało przewlekłe na co najmniej 1 chorobę. Częściej chorowały dzieci w wieku 10–14 lat (32%) oraz 5-, 9-letnie (28%) niż te najmłodsze, w wieku 0–4 lata (około 20%)¹⁷. Jak ilustruje prezentowany poniżej wykres, dzieci najczęściej chorowały przewlekłe na różnego rodzaju alergię, choroby oka, astmę oraz bóle głowy lub migrenę i choroby kręgosłupa.



Wykres 1. Choroby przewlekłe dzieci w wieku 0–14 lat (w odsetkach). Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Informacja i opracowanie statystyczne – *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016.

Figure 1. Chronic diseases of children aged 0–14 years (in percentages). Source: Central Statistical Office, Statistical information and elaborations – *Health status of population in Poland in 2014*, Warsaw 2016.

U co ósmego dziecka w wieku 2–14 lat, stwierdzono występowanie poważnych kłopotów lub trudności w funkcjonowaniu narządów zmysłu lub ruchu¹⁸. Biorąc pod uwagę powyższe dane, staje się oczywiste, że w toku leczenia dzieci korzystały z przepisanych na receptę leków i zleceń na wyroby medyczne. Na 1000 dzieci stosujących leki przepisane na receptę 480 przyjmowało leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła, antybiotyki, leki przeciwalergiczne. Niepełna 1% dzieci korzystało z urządzeń, takich jak: aparat słuchowy, kula, balkonik, wózek inwalidzki itp.¹⁹

¹⁵ *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* – Informacja i opracowanie statystyczne GUS, Warszawa 2016.

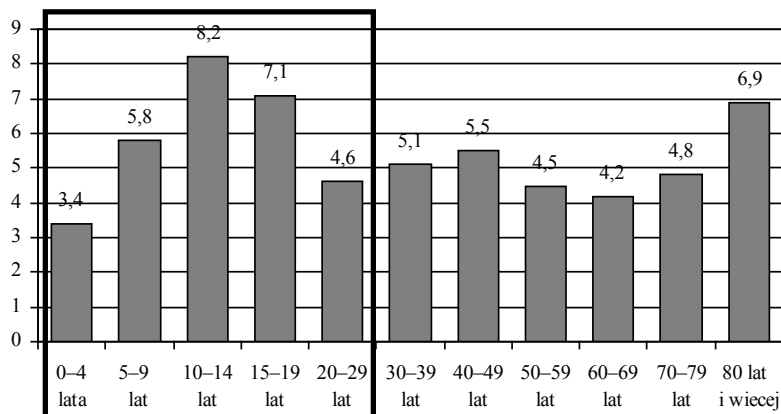
¹⁶ Tamże, s. 64.

¹⁷ Tamże, s. 69.

¹⁸ Tamże, s. 74.

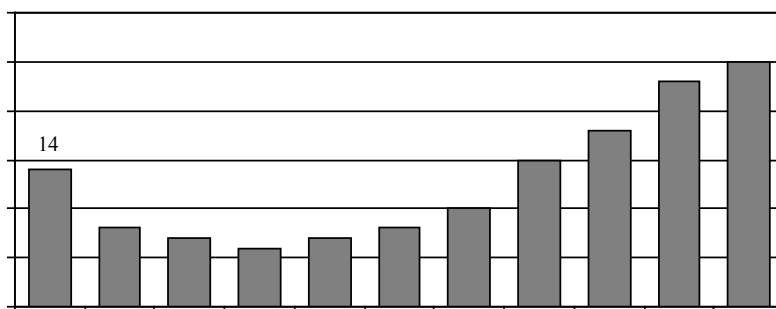
¹⁹ Tamże, s. 75.

W 2014 roku co dwudziesty Polak uległ wypadkowi, znacznie częściej wypadki zdarzały się dzieciom niż osobom dorosłym, a zwłaszcza młodzieży w wieku 10–19 lat.



Wykres 2. Ulegający wypadkom według grup wieku (w odsetkach). Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Informacja i opracowanie statystyczne – *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016.

Figure 2. Undergoing accidents by age groups (in percentages). Source: Central Statistical Office, Statistical information and elaborations – *Health status of population in Poland in 2014*, Warsaw 2016.



Wykres 3. Leczeni w szpitalach z noclegiem w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku (w odsetkach). Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Informacja i opracowanie statystyczne – *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016.

Figure 3. Treated in hospital overnight during the past 12 months by age groups (in percentages). Source: Central Statistical Office, Statistical information and elaborations – *Health status of population in Poland in 2014*, Warsaw 2016.

W znacznej większości przypadków osoby, które uległy wypadkowi musiały skorzystać z fachowej pomocy medycznej, zwłaszcza gdy wypadek zdarzył się w szkole. Dla co 4–5 osoby poszkodowanej w wyniku wypadku pomoc me-

dyczna musiała zostać udzielona w szpitalu i wiązało się to z co najmniej 1-dniowym noclegiem na oddziale szpitalnym²⁰.

Z danych wynika, że leczeniu szpitalnemu z przynajmniej 1 noclegiem poddało się blisko 4,6 mln osób, ponad 12% populacji. Generalnie częstotliwość hospitalizacji wzrasta z wiekiem. W młodszych grupach wieku (do 49. roku życia) wynosi od 6% do 10% (z wyjątkiem grupy 0–4), a dla starszych zbiorowości istotnie się zwiększa. Z usług lekarza pierwszego kontaktu czy rodzinnego, a w przypadku dzieci także pediatry, w warunkach ambulatoryjnych skorzystało ponad 79% ogółu ludności. Lekarza pediatrę w ciągu roku odwiedziło 93% dzieci. Oznacza to, że dzieci i młodzież do 26. r.ż. korzystają ze świadczeń zdrowotnych.

Skutki prawno-finansowe osób nieubezpieczonych

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²¹ określa warunki, jakie musi spełnić podmiot leczniczy (przychodnie, szpitale), udzielający świadczeń medycznych, aby otrzymać zapłatę za wykonane usługi. Pacjent korzystający z leczenia w ramach środków publicznych²² obowiązany jest potwierdzić swoją tożsamość i prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych. Jeżeli przychodnie, szpitale spełnią warunki, to płatnik publiczny – Narodowy Fundusz Zdrowia – nie może odmówić sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej z powodu braku prawa do świadczenia pacjenta. W przypadku, gdy świadczenie zostało udzielone pomimo braku prawa do niego, dyrektor właściwego oddziału Funduszu, może w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji²³ żądać zwrotu wydanych środków na leczenie osoby nieuprawnionej. Płatnik publiczny z urzędu prowadzi postępowanie w przedmiocie ustalenia obowiązku poniesienia i wysokości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie zebranego materiału dowodowego ustala tytuł uprawnionego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w dacie udzielenia świadczenia. Dyrektor właściwego oddziału Funduszu, może wydać decyzję administracyjną²⁴, ustalającą obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, za które zapłacił, a świadczenia zostały udzielone osobie do tego nieuprawnionej (osoba niezgłoszona do ubezpieczenia). Wskazuje wysokość kwoty i podaje rachunek bankowy, na który we wskazanym terminie, należy uiścić należność. Opłata nieuiszczona w terminie podlega wraz z odsetkami za zwłokę przymusowemu

²⁰ Tamże, s. 79.

²¹ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych..., dz. cyt., Art. 66 ust. 1.

²² Tamże, Art. 50 ust. 1–3 i ust. 6.

²³ Tamże, Art. 50 ust. 18.

²⁴ Tamże.

ściągnięciu w trybie określonym w przepisach o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor właściwego oddziału może umorzyć w całości albo w części spłatę należności ustalonej lub odroczyć spłatę tej należności, lub rozłożyć ją na raty, stosując odpowiednio zasady określone w ustawie o finansach publicznych²⁵.

Weryfikacja ubezpieczenia

Do badania zdefiniowano grono uczestników ubezpieczenia powszechnego. Wybrano takich uczestników, którzy korzystali z różnych świadczeń zdrowotnych w przeświadczeniu, że są ubezpieczeni – mają prawo do korzystania z tych świadczeń, a *de facto* mieli status nieubezpieczonego. Skorzystano z danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego oraz dostępnych cenników świadczeń zdrowotnych. Prowadząc badania postawiono tezy: Czy i w jakich przypadkach zdefiniowana grupa jest narażona na brak zgłoszenia do ubezpieczenia? Czy brak ubezpieczenia zdrowotnego może wpłynąć na budżet rodziny? W jaki sposób? Z jakimi kosztami powinna się liczyć rodzina? W jaki sposób można uniknąć ponoszenia niepożądanych kosztów?

Opis prowadzonych badań

Do badania przeanalizowano notatki oraz informacje i opracowania statystyczne opublikowane przez Główny Urząd Statystyczny: *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.*; *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*; *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*; *Dzieci w Polsce w 2014 roku*; *Podstawowe dane demograficzne o dzieciach w Polsce i Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*²⁶, i zestawiono z obowiązującym stanem prawnym. Skorzystano z cennika jednostek rozliczeniowych na rok 2013 Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia²⁷ oraz cenników podmiotów działalności leczniczej. Wybrano 20 zdarzeń zdrowotnych z udziałem młodzieży w przedziale 17.–24. r.ż., które miały miejsce w 2013 roku.

Poniżej przedstawiono przykłady najciekawszych zdarzeń z grup o podobnym przebiegu. W komentarzu wyjaśniono rzeczywistą sytuację ubezpieczeniową i opisano skutki. Wydarzenia, ze względu na dane wrażliwe²⁸, opisano bez podawania szczegółów identyfikujących pacjentów i choroby oraz podmioty

²⁵ Art. 56–58 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz. U. 2009.1240, z późniejszymi zmianami.

²⁶ Por. źródło: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/> [dostęp: 29.08.2016].

²⁷ Por. źródło: <http://www.nfz-wroclaw.pl> [dostęp: 01.03.2016].

²⁸ Art. 27 ust. 1 Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. 2014.1182.

lecnicze udzielające świadczeń. We wszystkich przypadkach osoby w chwili udzielania świadczenia medycznego były przeświadczone, że mają prawo korzystać z leczenia finansowanego ze składek ubezpieczenia zdrowotnego.

Przykład 1.

Studentka lat 21, w ramach wizyty u lekarza pierwszego kontaktu otrzymała skierowanie na 3 zabiegi rehabilitacyjne przez 10 dni. Skierowanie zarejestrowała w miejscowym samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Na zabiegi udała się po upływie 2 miesięcy, w dniu 26 sierpnia 2013 r. wyznaczonym w rejestracji. Cykl zabiegów zakończył się 6 września 2013 r. Z dniem 31 lipca 2013 r. ustało zatrudnienie matki pacjentki – osoby, która zgłaszała pacjentkę do ubezpieczenia zdrowotnego.

Komentarz:

Pacjentka w chwili zgłoszenia się do zakładu miała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Za wykonane zabiegi jak była studentką poradni rehabilitacyjnej zapłacił płatnik publiczny – Narodowy Fundusz Zdrowia. Co prawda zgłaszająca członka rodziny matka nie była już zatrudniona, ale korzystała razem z członkami rodziny z prawa do świadczeń przez 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia²⁹. Zabiegi od 31 sierpnia do 6 września 2013 r. zostały udzielone osobie nieuprawnionej. Fundusz wydał decyzję³⁰ i obciążył kwotą 147 złotych, tj. 3 zabiegi x 5 dni roboczych.

Przykład 2.

Młoda kobieta lat 23, w lutym 2013 roku niefortunnie pośliznęła się na ulicy, upadła i złamała dwa żebra. Świadkowie wezwali karetkę. W pogotowiu lekarz zrobił jej prześwietlenie, dał zastrzyk, założył gorset. Kobieta w październiku 2012 roku została skreślona z listy studentów. Nie podjęła żadnej pracy, nie zgłosiła się do Powiatowego Urzędu Pracy.

Komentarz:

Po skreśleniu z listy studentów kobiecie, przysługiwało prawo do świadczeń przez 4 miesiące³¹, czyli październik 2012 r. – styczeń 2013 r. W lutym kobieta była nieubezpieczona. Fundusz obciążył ją całą kwotą świadczenia – 165 złotych. Za gorset zapłaciła 100% – nie przysługiwała jej refundacja. Dyrektor właściwego oddziału, na wniosek osoby, odroczył spłatę należności, gdyż nieubezpieczona w chwili rozstrzygnięcia nie miała żadnego dochodu.

²⁹ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych..., dz. cyt., Art. 67 pkt 4.

³⁰ Tamże, Art. 50 pkt 18.

³¹ Tamże, Art. 67 pkt 5 pkt 2.

Przykład 3.

Niepełnosprawna uczennica lat 21, od początku zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego, jako członek rodziny przez matkę, podjęła pracę na umowę-zlecenie w terminie 1 kwietnia – 31 maja 2013 r. 5 lipca 2013 r. trafiła do szpitala. Leczenie rozpoczęło się udzieleniem doraźnej pomocy i przewiezieniem przez pogotowie ratunkowe do szpitala. Przeżyła poważny zabieg neurochirurgiczny, 5-dniowy pobyt na OIOM-ie i 16-dniowy pobyt na oddziale. Leczenie zakończyło się 8-tygodniową rehabilitacją na oddziale.

Komentarz:

Podjęcie pracy na umowę-zlecenie przez uczennicę spowodowało nabycie własnego tytułu do ubezpieczenia, co z automatu doprowadziło do wyrejestrowania z ubezpieczenia członka rodziny. Umowa zakończyła się 31 maja 2013 r., natomiast 30-dniowa ochrona do świadczeń 30 czerwca 2013 r. Matka nie dokonała powtórnego zgłoszenia jako członka rodziny. 5 lipca osoba była nieubezpieczona. Dyrektor właściwego oddziału Funduszu wydał decyzję na kwotę 69 846 złotych za udzielone świadczenia jako osobie nieuprawnionej.

Przykład 4.

Do pogotowia ratunkowego po poradę stomatologiczną doraźną około godziny 23.00 zgłosił się 19-latek, z bólem zęba. Niezbędna była interwencja chirurga szczękowego, który usunął uszkodzonego zęba i zszyl zębodół w znieczuleniu miejscowym.

Komentarz:

Po upływie 3 miesięcy od porady, 19-latek otrzymał rachunek na kwotę 138 złotych od dyrekcji Pogotowia Ratunkowego. Podczas weryfikacji udzielonego świadczenia okazało się, że w dniu udzielania porady stomatologicznej był osobą nieubezpieczoną. Półtora roku wcześniej matka zmieniła pracodawcę. Nie zgłosiła u nowego pracodawcy swoich członków rodziny, pomimo iż syn uczęszczał do szkoły. Po ukończeniu 18 r.ż. osoba może korzystać z finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, gdy spełni dwa warunki – została zgłoszona do ubezpieczenia i pobiera naukę.

Przykład 5.

Do szpitala zgłosiła się uczennica szkoły ponadgimnazjalnej w 2 miesiące po ukończeniu 18. r.ż., która w wyniku uprawiania sportu, doznała ciężkiej kontuzji kolana, musiała przeżyć zabieg chirurgiczny oraz rehabilitację po zabiegu. W czasie zdarzenia uczennica mieszkała z matką, która miesiąc wcześniej straciła zatrudnienie. Dotychczas uczennica była zgłaszana przez matkę do ubezpieczenia zdrowotnego, nie utrzymywała kontaktu z ojcem, nie miała już dziadków.

Komentarz:

Pacjentce udzielono niezbędnych świadczeń, a po miesiącu, gdy zostało negatywnie zweryfikowane prawo do świadczeń ze środków publicznych, szpital wystawił rachunek na kwotę 1 765,89 złotych. Uczennica zgłosiła się do właściwego oddziału NFZ, gdzie po rozmowie rozpoznano, że nie ma żadnej osoby (rodzic, dziadkowie), która mogłaby zgłosić ją jako członka rodziny do ubezpieczenia. Zaproponowano zgłoszenie przez szkołę³². Szkoła zgłosiła uczennicę z datą 18. Urodzin, czyli przed udzieleniem świadczenia. Taka czynność była możliwa, gdyż zgłoszenie przez szkołę było jej tytułem własnym. Skoro uczennica nabyła prawo do świadczeń w dniu udzielenia, odstąpiono od poboru należności.

Z ankietowego badania (*European Health Interview Survey – EHIS*)³³ wynika, że pomiędzy 17.–24. r.ż. 10% młodzieży ma choroby przewlekłe i 12,2% przebywa pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską, z czego odpowiednio 16,1% i 11,8% nie ma uprawnień do świadczeń NFZ (środków publicznych).

Tabela 1. Członkowie gospodarstw domowych według choroby, potrzeb opieki (w%)

Wyszczególnienie	Razem	Choroba przewlekła		Przebywanie pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską	
		Tak	Nie	Tak	Nie
Razem	100,0	31,8	68,2	32,0	68,0
Według płci					
Mężczyzna	100,0	27,3	72,7	27,2	72,8
Kobieta	100,0	35,7	64,3	36,2	63,8
Według wieku					
0	100,0	5,5	94,5	28,7	71,3
12	100,0	10,5	89,5	20,5	79,5
3-6	100,0	14,0	86,0	21,4	78,6
7-16	100,0	14,0	86,0	17,6	82,4
17–24	100,0	10,0	90,0	12,2	87,8
25–44	100,0	17,5	82,5	17,6	82,4
45–59	100,0	39,3	60,7	37,4	62,6
60–69	100,0	58,9	41,1	56,9	43,1
70 i więcej	100,0	79,0	21,0	74,7	25,3

³² Tamże, Art. 66 pkt 1 ppkt 17.

³³ *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.* – Informacja i opracowanie statystyczne GUS, Warszawa 2014, s. 100.

Uprawnienia do świadczeń NFZ					
Tak	100,0	32,0	68,0	32,3	67,7
Nie	100,0	16,1	83,9	11,8	88,2
Uprawnienia do świadczeń DZZ					
Tak, ubezpieczenie ambulatoryjne	100,0	23,6	76,4	27,4	72,6
Tak, ubezpieczenie szpitalne	100,0	30,2	69,8	33,5	66,5
Tak, abonament ambulatoryjny	100,0	31,5	68,5	33,3	66,7
Tak, abonament szpitalny	100,0	35,9	64,1	38,8	61,2
Nie	100,0	31,9	68,1	31,9	68,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2013-r,-2,5.html> [dostęp: 29.08.2016].

Table 1. Members of households by the disease, care needs (in%)

Specification	In total	Chronic disease		Under ongoing care of a physician or a nurse	
		Yes	No	Yes	No
In total	100.0	31.8	68.2	32.0	68.0
Gender					
Male	100.0	27.3	72.7	27.2	72.8
Female	100.0	35.7	64.3	36.2	63.8
Age					
0	100.0	5.5	94.5	28.7	71.3
12	100.0	10.5	89.5	20.5	79.5
3-6	100.0	14.0	86.0	21.4	78.6
7-16	100.0	14.0	86.0	17.6	82.4
17-24	100.0	10.0	90.0	12.2	87.8
25-44	100.0	17.5	82.5	17.6	82.4
45-59	100.0	39.3	60.7	37.4	62.6
60-69	100.0	58.9	41.1	56.9	43.1
70 and higher	100.0	79.0	21.0	74.7	25.3
Eligible for National Health Fund benefits					
Yes	100.0	32.0	68.0	32.3	67.7
No	100.0	16.1	83.9	11.8	88.2
Yes, ambulatory insurance	100.0	23.6	76.4	27.4	72.6

Yes, hospital insurance	100.0	30.2	69.8	33.5	66.5
Yes, ambulatory subscription	100.0	31.5	68.5	33.3	66.7
Yes, hospital subscription	100.0	35.9	64.1	38.8	61.2
No	100.0	31.9	68.1	31.9	68.1

Source: The authors own study based on data of the Central Statistical Office: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2013-r-2,5.html> [accessed: 29.08.2016].

5% osób pomiędzy 17.–24. r. ż w 2013 roku przebywało w zakładach stacjonarnych opieki zdrowotnej (szpitale), 4,5% finansowało leczenie poza źródłem finansowania ze środków publicznych lub dobrowolnego zabezpieczenia zdrowotnego.

Z danych NFZ wynika, że w latach 2013–2015, w ramach postępowań administracyjnych (prowadzonych przy windykacji kosztów), wydano prawie 13 tys. decyzji administracyjnych na kwotę ponad 22 mln zł³⁴.

Z materiału poddanego badaniu, tj. 20 zdarzeń zdrowotnych z udziałem młodzieży w przedziale 17.–24. r.ż., które miały miejsce w 2013 roku wynika, że Narodowy Fundusz Zdrowia decyzjami administracyjnymi obciążył 18 osób na kwotę 263 742,33 złotych za:

- leczenie szpitalne – 250 836,98 złotych,
- leczenie rehabilitacyjne – 9 364,80 złotych,
- porady w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 2 155,23 złotych,
- porady w stomatologii – 183,12 złotych,
- refundacji leków – 98,55 złotych,
- pogotowie ratunkowe i transport – 1 103,65 złotych.

W jednym przypadku odroczone spłatę należności, w jednym placówka zdrowotna – pogotowie ratunkowe odstąpiło od obciążania kwotą świadczenia.

Wnioski

Przeprowadzone badanie i analiza danych statystycznych pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

1. Dzieci i młodzież do 26. r.ż. korzystają w podobnym zakresie, jak inne grupy wiekowe ze świadczeń zdrowotnych. Wśród nich są osoby leczące się, ale nieuprawnione do korzystania ze świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych.
2. Ustalono, że młodzież po ukończeniu 18. r.ż. do ukończenia 26. r.ż. jest najbardziej narażona na brak zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Osoba pobierająca naukę w tym przedziale wiekowym, aby korzystać ze

³⁴ Por. źródło: <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/> [dostęp: 16.09.2016].

- świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, musi spełniać dwa warunki: być zgłoszona do ubezpieczenia i pobierać naukę. Na ich spełnienie nie ma bezpośredniego wpływu. Jest uzależniona od innej osoby (rodzica, opiekuna itd.), która powinna wiedzieć i pamiętać o zgłoszeniu jej do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny za każdym razem, gdy zaistnieją okoliczności powodujące konieczność dokonania zgłoszenia.
3. Każda krótkotrwała forma pracy (własny tytuł do ubezpieczenia), tj. prace sezonowe, praktyki czy staż, wyrejestrowują osobę automatycznie ze zgłoszenia, np.: rodzica. Ustanie umowy o pracę, praktykę czy staż wymaga ponownego zgłoszenia przez rodzica.
 4. Skutkiem braku ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny po osiągnięciu pełnoletniości, może być konieczność zapłacenia za udzieloną usługę medyczną. Kwoty obciążeń przez płatnika publicznego lub podmiot leczniczy są uzależnione od rodzaju i czasu trwania udzielonego świadczenia medycznego.
 5. Przepisy prawa nie przewidują uznania zgłoszenia członka rodziny z datą wsteczną.
 6. Od 1 stycznia 2014 r. płatnik publiczny Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnił, osobom posiadającym PESEL, na bieżąco możliwość sprawdzania swojego status ubezpieczenia zdrowotnego w serwisach informacyjnych Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP)³⁵ i Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ)³⁶.

Bibliografia

- Gniewosz D., *Wolontariat w placówkach opiekuńczych służby zdrowia*, [w:] H. Gradkowski (red.), *Wolontariat jako metoda resocjalizacji*, Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze, Jelenia Góra 2015.
- Holecki T., Woźniak-Holecka J., Bocionek A., *Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieubezpieczonym na podstawie decyzji organu wykonawczego samorządu terytorialnego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, J. Sokołowski, G. Węgrzyn (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2013, nr 307.
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.* – Informacja i opracowanie statystyczne, Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa 2014.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.* – Informacja i opracowanie statystyczne, Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa 2015.
- Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietywnego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.* Notatka informacyjna, Głównego Urzędu Statystycznego, Warszawa 2015.

³⁵ Por. źródło: <https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/menu/open@info?view=001> [dostęp: 29.08.2016].

³⁶ Por. źródło: <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/ewus-elektroniczna-weryfikacja-uprawnien-swiadczeniobiorcow/> [dostęp: 29.08.2016].

- Dzieci w Polsce w 2014 roku*, Charakterystyka demograficzna, Głównego Urzędu Statystycznego Departamentu Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa 2015.
- Podstawowe dane demograficzne o dzieciach w Polsce*, Notatka informacyjna, Materiał na konferencję prasową w dniu 30 maja 2014 r., Głównego Urzędu Statystycznego Departamentu Badań Demograficznych i Rynku Pracy.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* – Informacja i opracowanie statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. 1991.408 z późniejszymi zmianami.
- Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. 2001.1207 i 1801 oraz Dz. U. 2002.2073.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2015.581 tekst jednolity z późniejszymi zmianami.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz. U. 2009.1240 z późniejszymi zmianami.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2013.217.
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. 2014.1182.
<http://www.nfz-wroclaw.pl> [dostęp: 01.03.2016].
- <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/ewus-elektroniczna-weryfikacja-uprawnien-swiadczeniobiorcow/> [dostęp: 29.08.2016].
- <http://www.mz.gov.pl> [dostęp: 16.09.2016].
- <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/> [dostęp: 29.08.2016].
- <https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/menu/open@info?view=001> [dostęp: 29.08.2016].
- <https://www.pogotowie.gdynia.pl/cennik-uslug-medycznych/> [dostęp: 29.08.2016].