



## BYKA za ROGI

Krzysztof  
Ożegowski

### **Prawo Kalego, czyli o praktycznym stosowaniu prawa przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego (WOW!).**

Narodowy Fundusz Zdrowia do prawa regulującego jego stosunki, czy to ze świadczeniodawcami, czy to z pacjentami, bardzo często podchodzi na zasadzie „prawa Kalego”. W wykonaniu funduszu najczęściej polega to na tym, że gdy jakiś zapis prawny funduszowi „pasuje”, to stosuje go wprost i nie zauważa innych istniejących przepisów, z których częstokroć wynika, że wykładnia powinna być inna, niekoniernie korzystna dla funduszu. Natomiast gdy z tych samych przepisów można wywnioskować, że coś mogłoby być rozstrzygnięte nie po myśli funduszu, „nagle” spostrzega inne regulacje, do których się odwołuje, próbując wmówić, najczęściej zresztą świadczeniodawcom (jako stronie słabszej i od niego zależnej), że to on ma rację, pomimo, iż inni uważają, że nie. Ostatnimi czasy fundusz, tym razem „w osobie” WOW NFZ, zaprezentował klasyczną interpretację „prawa Kalego”. Cóż takiego zatem się stało, że zwróciło uwagę, nie tylko moją, ale później i wielu innych osób. Otóż pozornie nic wielkiego i co gorsza, już co najmniej parokrotnie „ćwiczonego” na innych grupach świadczeniodawców. Mianowicie 29 kwietnia na portalu SZOI (System Zarządzania Obiegiem Informacji), który jest „obowiązkowym” miejscem wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcą a funduszem, pojawił się „niewinny” komunikat „w sprawie weryfikacji statusu ubezpieczenia pacjenta” informują-

cy, że przy okazji raportu za kwiecień zostanie przekazany „efekt” weryfikacji za styczeń 2010 r. – „raport błędów”, czyli lista pacjentów, co do których fundusz ma wątpliwości, czy są ubezpieczeni, ponieważ nie figurują w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, do którego prowadzenia NFZ jest ustawowo zobowiązany. Równocześnie poinformowano, że podobne raporty „błędów” będą następowały sukcesywnie tj. w maju za luty, w czerwcu za marzec itd. Jakby tego było mało, tym razem już na ogólnodostępnej stronie WOW NFZ, ukazał się kolejny komunikat „proszący” o weryfikację raportów za 2009 r. i lata wcześniejsze (sic!). Cóż, gdyby to było tylko zapytanie o status pacjenta, to pomimo że to jest domena zastrzeżona dla NFZ i weryfikacja po stronie świadczeniodawcy rodzi wiele kłopotów, ponieważ NFZ do dziś nie dostarczył nam narzędzia, za pomocą którego jednoznacznie można by sprawdzić, czy dana osoba ma prawo korzystać ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, czyli czy jest ubezpieczona lub ma te uprawnienia z innego tytułu; to jeszcze można by NFZ „pomóc”, choć ten bałagan w bazach pacjentów, to przecież nie wina świadczeniodawców. Jednakże haczyk był w innym miejscu, bowiem jak się rychło okazało, stwierdzenie choćby jednego wątpliwego pacjenta w styczniu skutkowało odrzuceniem raportu rozliczeniowego za kwiecień, a to skutkowało niemożliwością wygenerowania rachunku za wykonane w kwietniu świadczenia (i nie miało znaczenia, że ktoś miał nadwykonania, tak że ewentualne „wątpliwe” pozycje mogły zostać „pokryte” innymi). Działanie WOW NFZ było tym bardziej bulwersujące, że styczniowy raport był już raz weryfikowany i „wątpliwi pacjenci” w kwietniu, w styczniu pozytywnie przeszli weryfikację i wypłacono za nich należne pieniądze. Na szczęście po zadaniu pytań o podstawę prawną takiego działania oraz nakłonieniu innych osób (w tym WIL) do interwencji WOW NFZ wstrzymał weryfikację i umożliwił rozliczenie kwietnia. Jednakże nie zarzucił całkowicie swego pomysłu, o czym świadczą kolejne komunikaty na SZOI (ostatni z 17 maja). Ktoś niezorientowany w temacie zapytał: „W czym problem? Przecież NFZ ma prawo do kontroli”. Tak, NFZ ma prawo

do kontroli (mówi o tym art. 64 ustawy), ale Ogólne Warunki Umów (wydane w formie rozporządzenia ministra zdrowia, na podstawie art. 137 ust. 9 ustawy), które są w tym przypadku *lex specialis* ograniczają taką bieżącą weryfikację, czyli „rozliczenie miesiąca” tylko do 45 dni od jego zakończenia. I nie ma od tego wyjątków. NFZ (a tak naprawdę jego wielkopolski oddział) obecnie uważa inaczej (choć to przecież prezes NFZ proponował zapisy OWU), czego dał wyraz w przesłanej odpowiedzi na pytanie: „Jak długo wstecz może przeprowadzać kontrole i kiedy się przedawniają roszczenia jego wobec świadczeniodawcy i odwrotnie?”. Niestety, dla funduszu, prawnicy „niefunduszowi” mają odmienne od niego zdanie w tej materii.

Ktoś spyta: No dobrze, ale gdzie tu wspomniane w tytule „prawo Kalego”? Otóż dowcip polega na tym, że te same OWU, w § 28 pozwalają funduszowi „potrącać nienależnie przekazane środki” z przyszłych należności. Wszystko to bez wyroku sądowego, tylko na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego, której nie zanegował prezes NFZ. I choć prawnicy przekonują, że jest to niezgodne między innymi z Konstytucją (art.77), w tym wypadku NFZ „twardo” broni OWU jako *lex specialis*. W tej całej sprawie jest jeszcze jeden paradoks. Otóż rozporządzenie zawierające OWU jest także niekonstytucyjne, gdyż minister zdrowia przekroczył upoważnienie ustawowe zawarte w art. 137 ustawy o świadczeniach i zawarł w nim regulacje materii, której nie miał prawa uregulować. O ironio, to czego nie wolno mu było uregulować tym rozporządzeniem, jest właśnie w tej chwili przyczyną całej afery weryfikacyjnej. Skąd o tym wiem? Odpowiedź jest w art. 137 ust. 1 ustawy, który określa obszary, które miały opisać OWU. No ale, jak to często bywa, najpierw prezes NFZ, a potem minister zdrowia w rozporządzeniu, postanowili „naprawić” braki w ustawie. Szkopuł jednak w tym, że zrobili to mając na uwadze jedynie interes NFZ, a ignorując interes świadczeniodawców, bowiem nadal „władza” ma komunistyczne nawyki i tzw. „interes społeczny” (cokolwiek by to oznaczało), przedkłada nad interes jednostki (choćby tą jednostką był szpital zatrudniający kilka tysięcy osób).