

Paweł Lipowski

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński

e-mail: pawel.lipowski@uj.edu.pl

ORCID: 0000-0002-5056/1848

**UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ
OPIEKI ZDROWOTNEJ ZAWIERANE PRZEZ
NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (LECZENIE
W RAMACH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO)
A LECZENIE NA ZASADACH KOMERCYJNYCH.
IMPLIKACJE PRAWNE I PRAKTYCZNE**

**AGREEMENTS FOR THE PROVISION OF HEALTHCARE
SERVICES CONCLUDED BY THE NATIONAL HEALTH
FUND (TREATMENT UNDER HEALTH INSURANCE)
VERSUS TREATMENT ON A COMMERCIAL BASIS: LEGAL
AND PRACTICAL IMPLICATIONS**

Abstract

The aim of this study is to identify the legal characteristics of contracts for the health care services provided by a public payer, i.e. the National Health Fund (NFZ) as part of treatment covered by universal health insurance, as compared to those provided by the health care providers with public or private legal status. This issue is discussed in relation to the legal conditions for the treatment of patients on a commercial basis in those institutions (private or public) which have contracts for the provision of healthcare services under the general health insurance (so-called contracts). The discussion is

presented based on author's own observations, resulting both from his scientific studies in the field of medical law and his work in various entities operating in the health care system.

KEYWORDS

agreements for the provision of healthcare services (contracts), health insurance, National Health Fund, public healthcare providers, private healthcare providers

SŁOWA KLUCZOWE

umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (kontrakty), ubezpieczenie zdrowotne, Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty lecznicze publiczne, podmioty lecznicze prywatne

WPROWADZENIE

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie charakterystyki przepisów prawnych odnoszących się do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez płatnika publicznego, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w ramach leczenia objętego ubezpieczeniem zdrowotnym ze świadczeniodawcami o publicznym lub prywatnym statusie prawnym. Zagadnienie to prezentowane jest w odniesieniu do prawnych uwarunkowań leczenia pacjentów na zasadach komercyjnych w takich placówkach (prywatnych lub publicznych), posiadających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. kontrakty).

Należy przy tym odnotować, że dorobek doktryny i judykatury prawa medycznego jest w tym zakresie stosunkowo skromny. Podobnie, niewielki jest zasób dostępnych wyników badań empirycznych, których przedmiotem było prezentowane zagadnienie.

Omawiana problematyka została przedstawiona na podstawie obserwacji własnych autora, wynikających z jego pracy naukowej (w obszarze prawa medycznego) oraz doświadczeń zawodowych (praca w różnych podmiotach funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia).

PRZEPISY PRAWNE ODNOŚĄCE SIĘ DO ZAWIERANIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W pierwszej kolejności należy wskazać na przepisy prawne odnoszące się do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w publicznym systemie ochrony zdrowia, nazywanych potocznie „kontraktami”. Przy czym legalna definicja świadczenia opieki zdrowotnej znajduje się w art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹.

Zgodnie z tym przepisem świadczeniem jest *sui generis* triada świadczeń, tj.: świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Świadczeniem zdrowotnym – a więc istotą (przedmiotem cywilnoprawnego świadczenia) w procesie udzielania usługi medycznej, jest – na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej², każde działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Świadczenia zdrowotne „technicznie” ujmowane (rozbijane) są przez NFZ jako procedury medyczne (służące rozliczeniom finansowym). Z kolei świadczenie zdrowotne rzeczowe to – na podstawie art. 5 pkt 37 ustawy o świadczeniach – związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego (np. dla niemowląt lub osób dotkniętych chorobami metabolicznymi) oraz wyroby medyczne (np. protezy). Świadczenia towarzyszące to w szczególności zakwaterowanie i wyżywienie oraz usługi transportu sanitarnego (art. 5 pkt 38 ustawy o świadczeniach)³.

Z punktu widzenia niniejszej pracy najistotniejsze jest przyjęcie przez ustawodawcę, że w polskim systemie ochrony zdrowia przedmiotem finansowania publicznego są świadczenia opieki zdrowotnej, udzielane na podstawie umów zawieranych przez płatnika publicznego odpowiedzialnego za zapewnienie udzielania i (w konsekwencji) finansowanie tych świadczeń (NFZ). Istotą tych świadczeń jest cywilnoprawne „świadczenie zdrowotne”.

Podmiotem udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej na gruncie ww. ustawy leczniczej jest „podmiot wykonujący działalność leczniczą”, tj. w pierwszej kolejności „podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą” (za który możemy uznać każdy podmiot o statusie publicznym) lub podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą, tj. podmiot o statusie niepublicznym (prywatnym). Ustawową definicję pierwszego ze wskazanych podmiotów wskazuje art. 2 ust. 1 pkt 4 tej

¹ Tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1373, z późn. zm.; dalej: ustawa o świadczeniach.

² Dz.U. z 2020 r., poz. 295, z późn. zm.; dalej: ustawa lecznicza.

³ Szerzej: A. Pietraszewska-Macheta (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, LEX/el. 2018.

ustawy (odsyłając do regulacji art. 4 ust. 1 pkt 2, 3 i 7). Zgodnie z tym przepisem do kategorii tej należą przede wszystkim – dominujące w publicznym systemie zdrowotnym – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ) oraz (państwowa) jednostka budżetowa i jednostka wojskowa – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. W przypadku przedsiębiorców będziemy mieli do czynienia z wszelkimi dopuszczanymi przez prawo formami prowadzenia działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców⁴.

Analizując konsekwencje ustrojowe takiej regulacji, należy wskazać na ważny (komentowany w judykaturze) wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 lipca 2014 r.⁵, zgodnie z którym „to, że SP ZOZ-y mogą prowadzić działalność leczniczą polegającą także na typowo »gospodarczym« świadczeniu odpłatnych prywatnych usług leczniczych, poza lub obok świadczeń finansowanych ze środków publicznych NFZ, a w konsekwencji »jurysdykcyjne« przyznanie im podmiotowości prawnej w sferze cywilnego obrotu gospodarczego, nie oznacza, że w aktualnym stanie prawnym SPZOZ-y są przedsiębiorcami w rozumieniu ustawy z 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, ponieważ taki status prawny wykluczają (negatywnie) przepisy »ustrojowej« ustawy o działalności leczniczej”. Z uwagi na podtrzymanie przez obecnie obowiązującą, ww. ustawę – Prawo przedsiębiorców definicji „przedsiębiorcy” (sformułowanej poprzednio w ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej⁶) orzeczenie to zachowuje swoją aktualność (w obecnej regulacji zrezygnowano z przymiotu wykonywania działalności gospodarczej „we własnym imieniu”).

Dokonując dalszej analizy ustawy leczniczej, należy wskazać na ograniczoną delegację ustawową do określania zasad odpłatności w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą – legalne jest (jedynie) pobieranie opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej i przechowywanie zwłok (art. 24 ust. 1 pkt 9–12 ustawy leczniczej). Należy przy tym odnotować, że ustrojowe przesądzenie materii (spraw) mieszczącej się w obszarze działalności podmiotu leczniczego powinno następować w jego statucie.

W kontekście tych przepisów należy wskazać na wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 28 września 2018 r.⁷ odnoszący się do wybranego aspektu pobierania opłat przez podmioty lecznicze. Zgodnie z tym orzeczeniem wprowadzenie do regulaminu organizacyjnego zapisów dotyczących pobierania od pacjentów dodatkowych opłat za używanie wyposażenia podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych nie ma oparcia w przepisach prawa i stanowi

⁴ Tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1292, z późn. zm.

⁵ III UK 192/13, LEX nr 1498822.

⁶ Dz.U. z 2017 r., poz. 2168, z późn. zm. Ustawa ta utraciła moc z dniem 30 sierpnia 2018 r.

⁷ II OSK 1342/18, LEX nr 2572826. Jak już sygnalizowano wyżej, stosunkowo skromny jest dorobek orzecznictwa sądowego oraz doktryny w poruszonym w pracy zakresie.

naruszenie praw pacjentów podejmowane w celu osiągnięcia korzyści majątkowej – jest to tzw. praktyka naruszająca zbiorowe prawa pacjentów⁸.

Możliwość udzielania świadczeń za częściową lub całkowitą odpłatnością przez podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą dopuszcza przy tym art. 44 ustawy leczniczej. Jest to przepis, który daje takim podmiotom możliwość pobierania opłat (i ewentualnego ich dochodzenia na drodze sądowej), w przypadku nieposiadania przez pacjenta statusu osoby ubezpieczonej (a więc uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej)⁹.

Dalej, w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą opłaty za świadczenia zdrowotne powinny opierać się na rzeczywistych kosztach udzielenia świadczenia zdrowotnego (art. 45 ust. 1 ustawy leczniczej). Należy przy tym wskazać, że w obecnym stanie prawnym nie ma podstaw do prowadzenia „oficjalnego” (publicznie dostępnego) rachunku kosztów w podmiotach leczniczych¹⁰.

Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą ma natomiast szerokie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych w ramach umów zawieranych z zakładami ubezpieczeń (art. 55 ust. 2 ustawy leczniczej), prowadzącymi ubezpieczenia zdrowotne.

Odnosząc rozważania do ustawy o świadczeniach, należy wskazać, że w przypadku prowadzenia postępowania w przedmiocie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej NFZ ma do dyspozycji *sensu stricto* tryb konkursowy (konkurs ofert) oraz tryb pozakonkursowy (rokowania adresowane do wybranych, zapraszanych podmiotów). Należy jednak wskazać, że wprowadzona od 1 października 2017 r. tzw. sieć szpitali (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) zakłada *de facto* pełne „kontraktowanie” podmiotów publicznych¹¹. Z kolei na mocy regulacji wewnętrznych NFZ, na podstawie zawieranych tzw. kontraktów wyprowadzany jest zakaz udzielania świadczeń tożsamy, tj. o tym samym rodzaju i zakresie (np. rodzaj: leczenie szpitalne, zakres: okulistyka, świadczenie: zabieg w zakresie usunięcia zaćmy)

⁸ Są one określone w art. 59–67 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 849, z późn. zm.).

⁹ Można wskazać na przykładowe, najnowsze wyroki wydawane w takich sprawach: Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi z dnia 12 października 2018 r., I C 111/18, LEX nr 2583289, oraz Sądu Rejonowego Szczecin-Pracowbrzeże i Zachód w Szczecinie z dnia 22 lutego 2016 r., III C 983/14, LEX nr 2250977.

¹⁰ Od 1 stycznia 1999 r. (do 1 lipca 2011 r., tj. daty wejścia w życie ww. ustawy leczniczej) obowiązywało w tym zakresie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 164, poz. 1194).

¹¹ Tzw. sieć szpitali została wprowadzona na podstawie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r., poz. 844). Podstawą finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla placówek medycznych wchodzących w skład „sieci szpitali” jest ryczałt.

na zasadach odpłatności przez ubezpieczonych. Należy wskazać, że realizacja kontraktu opiera się na harmonogramie udzielania świadczeń i planie rzeczowo-finansowym (określającym m.in. limity świadczeń i warunki dokonywania płatności za dane okresy)¹².

Ustawa o świadczeniach (art. 18) zakłada przy tym oficjalne współpłacenie pacjentów w wybranych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, takich jak świadczenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i zakładach rehabilitacji leczniczej. Współpłacenie to obejmuje koszty wyżywienia i zakwaterowania (czyli koszty mieszczące się w ww. definicji świadczeń towarzyszących)¹³.

W tym miejscu można wskazać na wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 kwietnia 2009 r.¹⁴, zgodnie z którym „żaden przepis ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie przyznaje świadczeniobiorcom prawa do żądania zwrotu środków poniesionych na opiekę zdrowotną poza systemem określonym w ustawie”. Należy również przywołać wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 22 listopada 2007 r.¹⁵. W orzeczeniu tym sąd uchylił decyzję Prezesa NFZ w sprawie niewyrażenia zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego w niepublicznym podmiocie leczniczym za pełną odpłatnością, wskazując, że „żaden z przepisów ustawy zdrowotnej nie daje możliwości dokonania refundacji poniesionych przez świadczeniobiorcę kosztów za udzielone mu świadczenie medyczne, a jedynym podmiotem uprawnionym do wystąpienia do organu NFZ z żądaniem wynagrodzenia za świadczenie jest świadczeniodawca”.

PRAWNE UWARUNKOWANIA LECZENIA NA ZASADACH KOMERCYJNYCH

Wskazując na uwarunkowania prawne leczenia na zasadach komercyjnych w placówkach prywatnych, należy wskazać, że możliwości takiego leczenia determinuje zawarty kontrakt na poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń, a w szczególności określone w takiej umowie limity świadczeń. Wyjątkiem

¹² O tej kwestii traktują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 320, z późn. zm.) oraz szczegółowe warunki umów w danym rodzaju określane drogą zarządzeń Prezesa NFZ.

¹³ Szerzej: W. Kotowski, B. Kurzępa, *Komentarz do niektórych przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (w:) Wykroczenia pozakodeksowe. Komentarz*, LEX/el. 2008.

¹⁴ VII SA/Wa 232/09, LEX nr 533323.

¹⁵ VII SA/Wa 1369/07, LEX nr 496332.

w tym względzie są jedynie świadczenia nielimitowane (np. porody, świadczenia z zakresu kardiologii interwencyjnej i leczenia chorób nowotworowych). Udzielanie przez takie placówki świadczeń na zasadach komercyjnych (za pełną odpłatnością) ograniczone jest tylko ich możliwościami organizacyjno-technicznymi (potencjałem). W tej perspektywie należy wskazać na obserwowaną szeroką dostępność do świadczeń zdrowotnych za pełną odpłatnością w spółkach prawa handlowego prowadzących „publiczne” podmioty lecznicze, tj. podmioty, których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego. Dodatkowo należy odnotować swobodny przepływ pacjentów leczących się na zasadach komercyjnych i pacjentów leczących się w ramach ubezpieczenia w takich placówkach. Jedynym kryterium warunkującym leczenie w tym względzie („na NFZ” lub „prywatnie”) staje się gotowość do płacenia przez pacjentów.

Analizując prawne uwarunkowania leczenia pacjentów na zasadach komercyjnych w placówkach publicznych posiadających kontrakty, należy wskazać, że zawarcie z płatnikiem publicznym kontraktu na poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń wiąże się z ograniczeniem możliwości „tożsamego” leczenia w tej placówce, do wypełnienia określonego w takiej umowie limitu świadczeń zdrowotnych (wyjątkiem w tym względzie są również ww. świadczenia nielimitowane).

Przez polityków zdrowotnych przywoływany jest przy tym stosunkowo często czynnik pozanormatywny, niezdefiniowany prawnie, jakim jest tzw. misja placówek publicznych (zwłaszcza szpitali), zgodnie z którą placówki takie powinny zawsze udzielać świadczeń zdrowotnych pacjentom, bez względu na sytuację finansową tych placówek, jak również posiadanie przez pacjentów tytułu prawnego do świadczeń.

Warto przy tym zauważyć, że polskie ustawodawstwo w art. 6 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe¹⁶ wprowadza zakaz ogłoszenia (przynajmniej formalnego) upadłości podmiotów leczniczych, jakimi są SP ZOZ. Ustawa lecznicza wprowadza jednak możliwość prowadzenia potencjalnego postępowania likwidacyjnego lub przekształceniowego SP ZOZ. Charakterystyka obowiązującej w tym zakresie regulacji prawnej przekraczałaby jednak przyjęte ramy niniejszej pracy¹⁷.

¹⁶ Tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 1228, z późn. zm. Zgodnie z regulacją tej ustawy nie można również ogłosić upadłości jednostek samorządu terytorialnego (które są w przeważającej części podmiotami tworzącymi SP ZOZ w naszym kraju).

¹⁷ W tym względzie należy wskazać na stosunkowo niedawny i ważny wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r. (K 4/17, OTK-A 2019, poz. 67). W wyroku tym, na kanwie sprawy zainicjowanej przez Samorząd Województwa Mazowieckiego, Trybunał uznał, że art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 ustawy leczniczej, który zobowiązuje jednostkę samorządu terytorialnego, będącą podmiotem tworzącym SP ZOZ, do pokrycia straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla działania takiego zakładu, jest niezgodny z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji RP oraz nie jest niezgodny z art. 166 ust. 1 Konstytucji.

Placówki publiczne mają przy tym stosunkowo szerokie możliwości dofinansowania swojej działalności przez ich podmioty tworzące. Dotyczy to zarówno bezpośredniego finansowania gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej (art. 9a ustawy o świadczeniach), jak i modernizacji infrastruktury oraz zakupu aparatury i sprzętu medycznego ze środków własnych lub zewnętrznych (europejskich). Na marginesie warto odnotować istotny problem sposobu wykorzystania infrastruktury technicznej (w tym aparatury i sprzętu medycznego), modernizowanej lub pozyskiwanej ze środków unijnych – w tzw. okresie trwałości projektu, najczęściej pięcioletnim, publiczny podmiot leczniczy nie może pozyskiwać dochodów z wykorzystaniem takiej infrastruktury.

Na sposób działania placówek publicznych będzie miał jednak również wpływ ograniczony ich potencjał techniczny determinowany przez narastające zjawisko ograniczonej dostępności, zwłaszcza wysoko wykwalifikowanego, personelu medycznego (m.in. brak możliwości całodobowego udzielania procedur zabiegowych).

PODSUMOWANIE. IMPLIKACJE PRAWNE I PRAKTYCZNE

Reasumując, należy wskazać na brak w obowiązującym ustawodawstwie regulacji prawnej w zakresie zawierania umów o leczenie na warunkach komercyjnych w placówkach publicznych. W konsekwencji należy odnotować brak wyraźnej prawnej regulacji odnoszącej się do jednoznacznego oddzielenia zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w placówkach prywatnych na zasadach komercyjnych i w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Z tych względów należy odnotować uprzywilejowaną pozycję konkurencyjną placówek prywatnych względem placówek publicznych na rynku usług medycznych. Placówki prywatne mogą szybciej zrealizować konkretną potrzebę zdrowotną, z którą zgłasza się pacjent, proponując mu leczenie w ramach ubezpieczenia (w przypadku posiadania kontraktu z NFZ i niewyczerpania limitu świadczeń) lub leczenie na warunkach komercyjnych. Oznacza to, że placówki prywatne mają większą możliwość oferowania kompleksowej opieki medycznej, zapewniając także ciągłość świadczenia usług medycznych, w przypadku leczenia pacjentów za odpłatnością. Taki sposób działania *par excellence* wpisuje się w priorytety systemu ochrony zdrowia. Leczenie na warunkach komercyjnych podczas posiadania kontraktu z NFZ poszerza w znacznym stopniu ofertę takich placówek, zapewnia także dodatkowe ich finansowanie.

Na marginesie należy wskazać na potencjalny konflikt prawny, który może powstawać na tle stosowania art. 15 ustawy leczniczej. Zgodnie z tym przepisem (żaden) podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia

ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (tzw. stan nagły, do którego odnosi się również art. 19 ustawy zdrowotnej).

Na tle stosowania tego przepisu pojawiają się kontrowersje, które są rozstrzygane przez orzecznictwo sądowe (spory sądowe pomiędzy NFZ a podmiotami leczniczymi). Tytułem przykładu można wskazać na stosunkowo nowe orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 11 grudnia 2018 r.¹⁸. W wyroku tym sąd uznał, że nie każde świadczenie zdrowotne udzielane w stanach nagłych powinno być opłacane ponad ustalony w umowie limit finansowania, gdyż podważałoby to sens przeznaczenia określonych środków w ramach umowy na finansowanie właśnie takich świadczeń „(...) dopiero w razie każdorazowego wyczerpania kwoty określonej w umowie, świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego powinny być finansowane przez NFZ ponad określony w umowie limit”.

W praktyce sprowadza się to do rozliczania świadczeń zdrowotnych udzielanych „w trybie ratowania życia” dla osób nieubezpieczonych (i osób będących pod wpływem używek) w ramach ryczałtów finansowych (określanych w kontraktach zawieranych przez NFZ na działalność szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć)¹⁹. Wobec kontrowersji prawnych podejmowane są również próby legalnego wprowadzania do systemu (powszechnego) ubezpieczenia zdrowotnego instrumentów prawnych zakładających ponoszenie odpłatności za nieuzasadnione świadczenia zdrowotne (jak np. nieuzasadnione wezwanie zespołu ratownictwa medycznego).

Konstatując, należy również wskazać na deklarowaną (niestety często fikcyjną) szeroką dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej oferowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Legalnie gwarantowany jest pełen zakres świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych ich rodzajach, wskazywany przez ustawodawstwo: ustawa zdrowotna i rozporządzenia wykonawcze do ustawy, wskazujące na świadczenia gwarantowane z zakresu ubezpieczenia (tzw. rozporządzenia koszykowe o zakresie świadczeń). Zakres świadczeń w ramach ubezpieczenia jest *per se* limitowany możliwościami finansowania świadczeń NFZ (wspomnianymi wyżej limitami świadczeń określonymi przez płatnika publicznego).

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej uzależniana jest także koniecznością legalnego i samodzielnego finansowania przez pacjenta dodatkowych usług medycznych w ramach podejmowanego leczenia. Dotyczy to w szczególności świadczeń z zakresu diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej, a także usług „okołomedycznych” (wzmiankowane usługi hotelowe związane ze standardem obsługi i pobytu pacjenta). I tak, normatywną podstawę do wprowadzania takich działań stanowi, niedawno dodany, art. 33b ustawy zdrowotnej.

¹⁸ V ACa 1346/17, LEX nr 2637228.

¹⁹ Można dodać, że dawna regulacja ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. z 2007 r., nr 14, poz. 89, z późn. zm.) dopuszczała możliwość obciążenia kosztami leczenia osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych, a które znajdowały się w stanie nietrzeźwości (art. 30 tej ustawy).

Mając na uwadze standard leczenia pacjenta, należy odnotować często (niski) standard jakości świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym, determinowany przede wszystkim sytuacją ekonomiczną placówek publicznych. Normatywny kierunek takich działań jest przy tym wyznaczany, jakkolwiek w skromnym zakresie, rozporządzeniami Ministra Zdrowia do ustawy leczniczej wprowadzającymi tzw. standardy organizacyjne opieki zdrowotnej (art. 22 ust. 4b–4c ustawy leczniczej)²⁰.

Wspominany już wyżej tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych, wskazując zakres przedmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego, nie jest jednocześnie poprzedzony w pełnym zakresie całkowitą wyceną takich świadczeń. Powinna być ona oparta na realnych, uśrednionych kosztach ich udzielania zarówno w placówkach prywatnych, jak i publicznych. Odnoszące się do tego zagadnienia regulacje ustawowe (art. 31a–31lc ustawy zdrowotnej) nie są stosowane w pełnym zakresie (wskazywany brak normatywnych, ujednoczonych zasad tworzenia rachunku kosztów).

W procesie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinny dominować zasady uczciwej konkurencji i równego traktowania świadczeniodawców. Na rynku usług medycznych obowiązuje ponadto zakaz reklamy świadczeń zdrowotnych (art. 13 pkt 1 i art. 14 ust. 1 ustawy leczniczej). Kontrowersje w stosowaniu tych przepisów są omawiane przez judykaturę prawa medycznego²¹.

Dokonując ostatecznej konstatacji, należy podkreślić, że na konieczność normatywnego ujęcia zasad wnoszenia opłat za leczenie komercyjne (poza ubezpieczeniem zdrowotnym), w szczególności w placówkach publicznych, wskazują także (historyczne) próby legalnego zawierania umów na leczenie poprzez składanie pisemnych deklaracji pacjentów (w przedmiocie rezygnacji z leczenia w ramach ubezpieczenia) oraz funkcjonowanie podmiotów trzecich (fundacji i stowarzyszeń działających przy podmiotach leczniczych, na których rzecz pacjenci wnosili – w różnych formach – opłaty za leczenie).

Obserwowane wysokie zaawansowanie techniczne procedur medycznych i ich rosnąca kosztochłonność są zjawiskami nieuchronnymi. I dlatego tak niezbędna jest weryfikacja zakresu ubezpieczenia w oparciu o możliwości finansowania świadczeń przez płatnika (NFZ) i dopuszczenie legalnego wnoszenia opłat za leczenie, poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Sygnalizowany dylemat wpisuje się ponadto w dyskusję o niezbędnym, dodatkowym i legalnym finansowaniu lub dofinansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Dla takiej trudnej decyzji polityków zdrowotnych wymagany jest jednak poli-

²⁰ Dotyczą one takich dziedzin medycyny jak: anestezjologia i intensywna terapia, leczenie w izolatoriach (chorób zakaźnych), radiologia i diagnostyka obrazowa, opieka okołoporodowa oraz patomorfologia.

²¹ Por. M. Dereż, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, LEX/el. 2019, i F. Grzegorzczak (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, LEX/el. 2013.

tyczny konsensus na etapie tworzenia prawa (proces ustawodawczy) i ustalenie, że prezentowane w pracy zagadnienie korzystnie wpłynie na sytuację placówek ochrony zdrowia i pacjentów w systemie ochrony zdrowia. Należy wyrazić nadzieję, że transformacja systemu ochrony zdrowia w naszym kraju nie jest jeszcze procesem zakończonym, a politycy zajmujący się problematyką zdrowia nadadzą właściwy wymiar pojęciu warunków leczenia, tj. dostępności do świadczeń udzielanych w tym systemie.

REFERENCES

- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, LEX/el. 2019
Grzegorzczuk F. (red.), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, LEX/el. 2013
Pietraszewska-Macheta A. (red.), *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, LEX/el. 2018
Kotowski W., Kurzępa B., *Komentarz do niektórych przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (w:) Wykroczenia pozakodeksowe. Komentarz*, Warszawa 2008

Inne

- Ustawa z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 1228, z późn. zm.)
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1373, z późn. zm.)
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 295, z późn. zm.)
Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r., poz. 1292, z późn. zm.)
Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r., K 4/17, OTK-A 2019, nr 67
Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 lipca 2014 r., III UK 192/13, LEX nr 1498822
Wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 grudnia 2018 r., V ACa 1346/17, LEX nr 2637228
Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 28 września 2018 r., II OSK 1342/18, LEX nr 2572826
Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 22 listopada 2007 r., VII SA/Wa 1369/07, LEX nr 496332
Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 kwietnia 2009 r., VII SA/Wa 232/09, LEX nr 533323