

Anna BARAN\*

## FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELONYCH W STANACH NAGŁYCH NIEUBEZPIECZONYM

(Streszczenie)

Prawo do życia i zdrowia należy do katalogu fundamentalnych praw człowieka. Konstytucja przyznaje obywatelom niezależnie od jakichkolwiek kryteriów prawo do ochrony życia i zdrowia oraz prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Te konstytucyjne gwarancje przekładają się na konkretne obowiązki prawne określone w ustawach zwykłych – nie tylko więc na zakaz pozbawiania życia czy zdrowia drugiego człowieka, ale też na nakaz ratowania tego życia w sytuacjach jego zagrożenia. Polski ustawodawca wprowadził stosowne przepisy dotyczące bezwarunkowego obowiązku niezwłocznego udzielenia świadczeń medycznych osobom potrzebującym, jednak nie określił źródła ich finansowania w sytuacji, gdy z pomocy tej skorzystają osoby nieubezpieczone. Taka sytuacja stwarza największe problemy podmiotom leczniczym, które nie mogą odmówić udzielenia pomocy medycznej pacjentowi w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia, same ponoszą ciężar finansowania tych świadczeń. Niezbędne jest podjęcie działań legislacyjnych w celu wyraźnego wskazania podmiotu odpowiedzialnego za finansowanie czynności ratujących życie osobom niebędącym beneficjentami systemu opieki zdrowotnej.

**Słowa kluczowe:** opieka zdrowotna; nieubezpieczony; przypadek zagrożenia życia lub zdrowia; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Prawo do życia i zdrowia należą do katalogu fundamentalnych praw człowieka, dlatego ich ochrona jest zagwarantowana w akcie prawnym najwyższej rangi – w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. W art. 68 ust. 1 „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia” przyznaje się obywatelom niezależnie od jakichkolwiek kryteriów prawo do ochrony życia i zdrowia oraz prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Te konstytucyjne

---

\* Doktorantka, Katedra Prawa Ubezpieczeń Społecznych i Polityki Społecznej, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Łódzki; e-mail: annabaran26@gmail.com

gwarancje przekładają się na konkretne obowiązki prawne określone w ustawach zwykłych – nie tylko więc na zakaz pozbawiania życia czy zdrowia drugiego człowieka, ale też na nakaz ratowania tego życia w sytuacjach jego zagrożenia.

Stosownie do brzmienia art. 15 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej<sup>1</sup> „podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia i życia”. Analogiczny obowiązek wyprowadzić również można z art. 30 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>2</sup>, z którego wynika, „że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”. Przez pryzmat przytoczonych aktów prawnych można wnioskować, że zadanie w zakresie realizowania prawa człowieka do ochrony zdrowia w sytuacji nagłego zagrożenia zostało przez władze publiczne wykonane poprzez wprowadzenie stosownych przepisów dotyczących bezwarunkowego obowiązku niezwłocznego udzielenia świadczeń medycznych osobom potrzebującym. To ustawowe potwierdzenie zasad wynikających z przysięgi Hipokratesa stanowi jedną z gwarancji ochrony życia i zdrowia w kontekście przyrodzonej godności ludzkiej<sup>3</sup>. Trzeba przyznać także, że prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w szerszym, bo nie tylko obywatelskim znaczeniu, jest w pełni respektowane, gdyż udzielenie świadczeń w ramach tzw. „przymusu ustawowego” dotyczy wszystkich potrzebujących, bez zróżnicowania z punktu widzenia obywatelstwa, przynależności do systemu opieki zdrowotnej czy sytuacji majątkowej<sup>4</sup>. Niestety z przytoczonych przepisów trudno wywnioskować, kto jest podmiotem zobowiązanym do pokrycia kosztów tak udzielonych świadczeń, zwłaszcza osobom innym niż beneficjenci systemu opieki zdrowotnej. Zagadnieniem kluczowym jest tu kwestia uprawnień do uzyskania przez świadczeniodawcę wynagrodzenia za świadczenia zrealizowane w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry osobom nieubezpieczonym. Żadna z wyżej

<sup>1</sup> Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 r. (Dz.U. z 2011 r., nr 11, poz. 654, z późn. zm.).

<sup>2</sup> Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5.12.1996 r. (Dz.U. z 1996 r., nr 136, poz. 852, z późn. zm.).

<sup>3</sup> **D.E. Lach**, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Warszawa 2011, s. 186.

<sup>4</sup> **K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko**, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 178.

wskazanych norm prawnych nie określa kwestii odpowiedzialności finansowej za tak wykonane świadczenia. Przywołane przepisy wprowadzają obowiązek świadczeniodawców do udzielenia świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych, ale nie określają zasad ich finansowania. Jedynie ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 2 w sposób enumeratywny wskazuje krąg osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Są to:

- osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;
- inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U., nr 64, poz. 593, z późn. zm.), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 cytowanej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych.

Za wyżej wymienione osoby koszty leczenia pokrywa NFZ, chyba że są to świadczenia wysokospecjalistyczne, które są finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji Ministra Zdrowia<sup>5</sup>. Za osoby, które nie ukończyły 18 roku życia oraz takie, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu, a więc stanowią grupę świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, koszty leczenia także pokrywane są z budżetu państwa (art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135, z późn. zm.). Prócz wyżej wskazanych możliwości, z mocy ustaw szczególnych świadczenia opieki zdrowotnej dla osób innych niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa – przez właściwego ministra<sup>6</sup>. Do kręgu tych osób należą:

- osoby z zaburzeniami psychicznymi – chore psychicznie lub upośledzone umysłowo (art. 10 ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U., nr 111, poz. 535, z późn. zm.);
- osoby, wobec których stosuje się świadczenia zdrowotne związane ze zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń (ustawa z dnia 6.09.2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, Dz.U., nr 126, poz. 1384);

<sup>5</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13.12.2004 r. w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz.U. z 2004 r., nr 267, poz. 2661).

<sup>6</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20.12.2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz.U. z 2004 r., nr 281, poz. 2798).

- skazani, odbywający karę pozbawienia wolności (art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 06.06.1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, Dz.U., nr 90, poz. 557, z późn. zm.);
- osoby uzależnione od alkoholu (art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U., nr 70, poz. 473, tekst jednolity);
- osoby uzależnione od środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (art. 26 ust. 5 ustawy z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U., nr 179, poz. 1485);
- cudzoziemcy, umieszczeni w strzeżonym ośrodku lub przebywający w areszcie w celu wydalenia (art. 415 ust. 1 pkt 5 ustawy z 12.12.2013 r. o cudzoziemcach, Dz.U. z 2013 r., poz. 1650).

W praktyce problem finansowania leczenia dotyczy pacjentów, których nie można zaliczyć do żadnej z powyższych grup i którzy jednocześnie nie są w stanie pokryć z własnych środków kosztów poniesionych przez świadczeniodawcę. Będą to pacjenci bezdomni (poza objętymi programem wychodzenia z bezdomności, za których gmina czy ośrodek pomocy społecznej opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne), nieubezpieczeni, osoby, które straciły ubezpieczenie na skutek niepłacenia składki lub ich uprawnienie wygasło z innego powodu<sup>7</sup>. Tę grupę będą stanowić także cudzoziemcy nieposiadający ubezpieczenia i pochodzący z państw, z którymi Polska nie podpisała umów międzynarodowych regulujących kwestie wzajemnej pomocy medycznej dla obywateli państw będących ich stroną<sup>8</sup>. Szpital ani żaden inny podmiot leczniczy nie może jednak odmówić tym osobom świadczenia zdrowotnego, jeśli znajdują się one w stanie wymagającym natychmiastowego udzielenia pomocy w przypadku niecierpiącym zwłoki czy też w stanach nagłych.

Kluczowe znaczenie wydaje się mieć zatem definicja stanu nagłego. Niestety każda z wymienionych powyżej ustaw zawiera inną terminologię w tym względzie. Ustawa o działalności leczniczej posługuje się określeniem „zagrożenie życia i zdrowia” (art. 15), ustawa lekarska zwrotem „przypadek niecierpiący zwłoki” (art. 30), zaś art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych używa terminu „stan nagły”<sup>9</sup>. W tym miejscu właści-

<sup>7</sup> M. Nesterowicz, *Głosa do wyroku SN dnia 8.08.2007 r.*, PiM 2008/4, s. 115.

<sup>8</sup> K. Kędziarska, *Dostęp cudzoziemców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce*, PiM 2012/2, s. 24.

<sup>9</sup> T. Mróz, *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Aspekty prawne i socjologiczne*, Białystok 2011, s. 97.

wym byłoby ustalenie, czy przypadek niecierpiący zwłoki mieści się w zakresie pojęcia stanu nagłego.

Moim zdaniem należy zgodzić się z poglądem M. Dercz<sup>10</sup> czy E. Zielińskiej<sup>11</sup>, że zarówno pojęcia zawarte w art. 15 ustawy o działalności leczniczej, art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczą tożsamych sytuacji. We wskazanych przepisach chodzi o takie przypadki, w których nie można odłożyć w czasie pomocy lekarskiej mogącej zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków dla życia i zdrowia. Równocześnie jednak nie można pominąć różnicy między definicjami stanu nagłego i przypadku niecierpiącego zwłoki – różnicy co do niekorzystnych skutków dla życia i zdrowia pacjenta. O ile w sytuacji przypadku niecierpiącego zwłoki pomoc lekarska ma zapobiec nie tylko ciężkim, ale i lekkim niepożądanym skutkom dla życia i zdrowia, o tyle w sytuacji stanu nagłego ma ona zapobiec jedynie ciężkim, niekorzystnym skutkom. W konsekwencji, w pojęciu stanu nagłego mieściłby się wyłącznie ciężki przypadek niecierpiący zwłoki, zaś poza jego zakresem pozostawałby lekki przypadek niecierpiący zwłoki. Przesłanki opisane w art. 15 ustawy o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r., nr 11, poz. 654, z późn. zm.) w zasadzie odpowiadają definicji stanu nagłego. Z uwagi jednak na fakt, że ustawa o działalności leczniczej nie określa, czym jest „stan nagły”, próbę zdefiniowania podjął ustawodawca w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 r., nr 191, poz. 1410). Zgodnie z jego brzmieniem stan nagłego zagrożenia zdrowotnego „to stan polegający na nagłym lub nieprzewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała albo utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczenia”.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z 17.11.2005 r.<sup>12</sup> wskazał, że „w stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania”. Termin „nagły” nie może być rozumiany inaczej niż określa to art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Natomiast Sąd Najwyższy w wyroku z 4.01.2007 r.<sup>13</sup> stwierdził, że świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 30 ustawy

<sup>10</sup> M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 52.

<sup>11</sup> E. Zielińska, *Komentarz do ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry*, Warszawa 2008, s. 430.

<sup>12</sup> Wyrok WSA w Warszawie z dnia 17.11.2005 r., VI SA/WA 1003/2005, LEX 192536.

<sup>13</sup> Wyrok SN z dnia 4.01.2007 r., V CSK 396/2006, LEX 244455.

o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć, nie są nimi natomiast zabiegi, które wprawdzie ratują życie, ale są stosowane u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym. Dla oceny, czy w danym przypadku zachodzi stan nagły, stosuje się kryteria obiektywne<sup>14</sup>. Należy jednak w obliczu odpowiedzialności cywilnej i karnej za nieudzielenie pomocy działać na korzyść pacjenta. W żadnym razie nie można natomiast aprobować tezy, że każde świadczenie spełnianie w warunkach subiektywnego odczucia zagrożenia życia lub zdrowia było świadczeniem przewidzianym w art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Przyjęcie takiego stanowiska prowadziłoby do nieograniczonego zwiększenia kosztów opieki zdrowotnej<sup>15</sup>.

W tym miejscu wyłaniają się istotne pytania. Po pierwsze, kto i na jakich zasadach jest zobowiązany pokryć koszty udzielonych w stanie zagrożenia życia lub zdrowia świadczeń, jeśli osoba zgłaszająca się do podmiotu leczniczego wymaga natychmiastowego udzielenia pomocy medycznej, ale nie jest ubezpieczona? Po drugie, czy obowiązujące przepisy prawne zapewniają finansowanie ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych udzielonych nieuprawnionym?

Analiza przytoczonych przepisów wskazuje, że w obecnym stanie prawnym trudno doszukać się czytelnej odpowiedzi na pytanie, kto i w jakim zakresie jest zobowiązany do pokrycia kosztów leczenia pacjentów niebędących beneficjentami systemu opieki zdrowotnej. Ustawodawca nie określił podmiotu, do którego należałoby kierować roszczenie o zwrot kosztów świadczeń udzielonych osobie znajdującej się poza kręgiem osób uprawnionych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Doktryna i orzecznictwo prezentują różne stanowiska.

Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z 23.05.2006 r. uznał, że interpretacja art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 30 ustawy lekarskiej w powiązaniu z art. 68 Konstytucji RP prowadzi do wniosku, że zabiegi ratujące życie winny być finansowane ze środków publicznych, których dysponentem w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej jest obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>16</sup>. Podobnie orzecznictwo Sądu Najwyższego wskazuje, że w przypadku udzielenia świadczeń w trybie nagłym nieubezpieczonym podmiotem zobowiązanym do wypłaty jest NFZ. Jak wynika z wyroku SN z dnia 8.08.2007 r. zakładowi opieki

<sup>14</sup> M. Śliwka, *Prawo pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej w stanie nagłym*, PiM 2008/2, s. 44.

<sup>15</sup> M. Żelichowski, *Przypadek niecierpiący zwłoki a ubezpieczenie zdrowotne*, *Medycyna Praktyczna* 2007/6, s. 157.

<sup>16</sup> Wyrok SA w Poznaniu z dnia 23.05.2006 r., I ACA 1266/05.

zdrowotnej, który udzielił świadczeń w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia nie przysługuje przeciwko Skarbowi Państwa roszczenie o zwrot poniesionych kosztów. SN podkreślił, że przymus udzielania świadczeń zdrowotnych w stanach nagłych nie jest równoznaczny z obowiązkiem poniesienia finansowego ciężaru takich świadczeń<sup>17</sup>. Zwalniając zatem z tego obowiązku Skarb Państwa, Sąd Najwyższy wskazał na NFZ jako na podmiot zobowiązany do pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach tzw. przymusu ustawowego. Fundusz zobowiązany był pokryć koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia także nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego<sup>18</sup>.

W kolejnym wyroku z 14.02.2008 r. SN wyraził pogląd, że „na zakładzie opieki zdrowotnej, dochodzącym roszczenia o zapłatę za świadczenia medyczne udzielone pacjentom w stanach zagrożenia życia lub zdrowia, cięży dowód wykazania tego, że z uwagi na okoliczności poszczególnych przypadków zachodziła potrzeba udzielenia tych świadczeń”<sup>19</sup>. Również Sąd Okręgowy w Warszawie w wyroku z dnia 4.05.2015 r.<sup>20</sup> w uzasadnieniu swojego rozstrzygnięcia powołał się na pogląd SN wyrażony w wyroku z dnia 8.08.2007 r., zgodnie z którym „koszty świadczeń udzielonych w warunkach przymusu ustawowego należy włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą i obciążyć nimi NFZ jako zarządzający środkami publicznymi, z których powinny być one pokryte”.

Analiza orzecznictwa SN i sądów apelacyjnych jednoznacznie wskazuje na brak podstawy prawnej do domagania się od Skarbu Państwa zwrotu poniesionych kosztów pomocy medycznej udzielonej osobom nieubezpieczonym<sup>21</sup>. Sąd Najwyższy w swoich orzeczeniach potwierdza, że w przypadku udzielania świadczeń w trybie nagłym osobom nieuprawnionym z tytułu ubezpieczenia podmiotem zobowiązanym do zapłaty jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Mimo że linia orzecznicza SN znajduje odzwierciedlenie w wyrokach sądów niższych instancji, które często powołują się na orzeczenie SN z dnia 8.08.2007 r., to spotyka się ona z uzasadnioną, moim zdaniem, krytyką w literaturze. Argumentuje się, że podobnie jak nałożenie na określoną grupę zawodową daniny publicznej bez wyraźnego przepisu ustawy, tak samo obciążenie grup ubezpieczonych

<sup>17</sup> **M. Nesterowicz**, Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 8 sierpnia 2007 r. – SK 125/07, PiM 2008/4, s. 117.

<sup>18</sup> Wyrok SN z dnia 8.07.2007 r., CSK 125/07, LEX 333609.

<sup>19</sup> Wyrok SN z dnia 14.02.2008 r., II 532/07 LEX 496387.

<sup>20</sup> IV C 172/08, orzeczenia.warszawa.so.gov.pl

<sup>21</sup> Wyrok SA w Warszawie z dnia 26.10.2006 r., I ACA 488/06, Lex Polonica 1159412.

kosztami świadczeń udzielonych na rzecz nieubezpieczonych nie ma prawnego uzasadnienia<sup>22</sup>. Niedopuszczalna jest sytuacja, w której świadczeniodawcy, wykonując ustawowy obowiązek nałożony przez Państwo, czynią to na własny koszt<sup>23</sup>. Natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia tworzony ze składek ubezpieczonych powinien mieć regres do Skarbu Państwa, skoro wykonuje nałożony przez Państwo obowiązek, a jednocześnie nie ma ustawowo wskazanego podmiotu, do którego mógłby wystąpić o zwrot poniesionych kosztów.

Moim zdaniem, Narodowy Fundusz Zdrowia z funduszu zgromadzonego ze składek ubezpieczonych nie powinien pokrywać kosztów za świadczenie udzielone osobom nieposiadającym tytułu ubezpieczeniowego. Wydaje się, że brak jest podstaw, by z konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wyrażonej w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP wywodzić obowiązek organizatora systemu opieki zdrowotnej, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, pokrycia kosztów świadczeń udzielonych w stanach nagłych osobom innym niż beneficjenci systemu. Równość dostępu, jak wskazuje D.E. Lach, dopuszcza uzasadnioną jego dyferencjację, a czytelnym kryterium różnicującym sytuację prawną osób, którym udzielono świadczeń w ramach tzw. przymusu ustawowego, w kontekście poniesienia kosztów tak udzielonych świadczeń może być przynależność do systemu opieki zdrowotnej. O ile zatem świadczenia w stanie zagrożenia życia i zdrowia gwarantowane są wszystkim, to tylko beneficjentom systemu zapewnia się ich finansowanie ze środków publicznych<sup>24</sup>.

W piśmiennictwie, stanowisko odmienne od cytowanej judykatury prezentują E. Bagińska<sup>25</sup> i M. Nesterowicz, twierdząc, że koszty finansowania świadczeń udzielonych nieubezpieczonym w stanach nagłych powinno ponosić Państwo (Minister Zdrowia), skoro nałożyło na zakłady opieki zdrowotnej obowiązek bezwzględnego udzielania świadczeń bez zapewnienia źródła ich finansowania<sup>26</sup>. Nie do przyjęcia z całą pewnością jest sytuacja, w której leczenie osób nieuprawnionych ma się odbywać na koszt podmiotów leczniczych, działających na własnym rozrachunku gospodarczym, nieotrzymujących na te cele dotacji ani z budżetu państwa, ani z budżetu jednostek samorządu terytorialnego, organu

<sup>22</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Warszawa 2013, s. 45.

<sup>23</sup> Z. Kubot, *Znaczenie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie udzielania i finansowania świadczeń zdrowotnych*, PiM 2004/2, s. 34.

<sup>24</sup> D.E. Lach, *Zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 187–188.

<sup>25</sup> E. Bagińska, *System prawa prywatnego*, t. 9, w: W.J. Katner (red.), *Prawo zobowiązań – umowy nienazwane*, Warszawa 2010, s. 375.

<sup>26</sup> M. Nesterowicz, *Odpowiedzialność NFZ za pozaumowne świadczenia zdrowotne*, PiM 2006/2, s. 7.



założycielskiego<sup>27</sup>. Taki stan rzeczy powodowałby jedynie zadłużenie szpitali, które nie posiadają rezerw na leczenie nieubezpieczonych pacjentów. W doktrynie spotkać można również pogląd, zgodnie z którym organy tworzące podmioty lecznicze mają obowiązek ich utrzymywania, ponieważ przyznają im statutowe środki na udzielanie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia i zdrowia, gdy świadczenia takie nie są finansowane ze środków publicznych. Jest to, zdaniem J. Jończyka, ryzyko tworzenia i utrzymywania podmiotów leczniczych, od którego organ tworzący, bez względu na to, czy publiczny czy prywatny, nie może być zwolniony<sup>28</sup>. Przeciwstawia się temu M. Nesterowicz, słusznie wskazując, że wyżej prezentowane stanowisko jest pozbawione jakichkolwiek podstaw prawnych. Niedopuszczalne jest, aby obowiązek finansowania świadczeń udzielonych nieubezpieczonym spoczywał na organach założycielskich, które tworząc podmiot leczniczy, mają przejmować na siebie także ryzyko „nieopłacalności” świadczeń<sup>29</sup>.

Reasumując, należy stwierdzić, że ustawodawca wprawdzie zapewnił wszystkim potrzebującym pomocy w stanie nagłego zagrożenia życia czy zdrowia możliwość jej otrzymania przez zobligowanie podmiotów leczniczych i lekarzy do udzielania świadczenia medycznego, nie rozstrzygnął natomiast kwestii jej finansowania. Oznacza to, że zastosowanie znajdą tutaj reguły ogólne – mianowicie za beneficjentów systemu uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych płaci jego organizator i rządca środków; wszyscy inni powinni samodzielnie pokryć koszt udzielonych im świadczeń i to oni powinni być adresatami roszczeń podmiotów, które spełniły świadczenie w ramach „przymusu ustawowego”. W sytuacji gdy koszty udzielonych świadczeń nie zostaną pokryte przez samego nieubezpieczonego, przychylam się do stanowiska M. Nesterowicza, że obowiązek ten przejąć powinien Skarb Państwa.

Analiza omawianego zagadnienia potwierdza, że konieczny jest proces dalszego reformowania służby zdrowia. Wymagane są z pewnością zmiany w finansowaniu świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza tych udzielonych nieubezpieczonym. Problematyka poruszana w niniejszych rozważaniach wymaga należytego, precyzyjnego uregulowania w ustawie. Istniejący obecnie stan prawny, w którym z jednej strony przysługuje uprawnienie do świadczeń oraz bezwzględny obowiązek ich udzielenia, a z drugiej strony kwestionuje się istnienie podmiotu zobowiązanego do zapłaty za te świadczenia, to stan ewidentnie niedający się

<sup>27</sup> M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SN z dnia 8.08.2007 r., I CSK 125/07*, PiM 2008/4, s. 116.

<sup>28</sup> J. Jończyk, *Glosa do wyroku SN z dnia 8.08.2007 r., I CSK 125/07*, OSP 2008/7–8, poz. 489.

<sup>29</sup> M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SN z dnia 8.08.2007 r., I CSK 125/07*, PiM 2008/4, s. 116.

pogodzić z zasadami praworządności<sup>30</sup>. Uchybienie zasadom rzetelnej legislacji, brak jasnych, przejrzystych regulacji prawnych w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach „przymusu ustawowego” osobom nieubezpieczonym wywiera negatywne skutki nie tylko dla samych pacjentów, ale przede wszystkim dla podmiotów leczniczych, które w obliczu braku podmiotu finansującego świadczenia wykonane w stanach nagłych zmuszone są wziąć na własne barki finansowanie kosztownej medycyny ratunkowej, tym samym popadając w zadłużenie. Właściwym rozwiązaniem byłaby nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w takim zakresie, by ustawodawca stworzył odpowiednie instrumentarium dla zapewnienia finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia osobom niebędącym beneficjentami systemu opieki zdrowotnej.

## Bibliografia

### Akty prawne:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13.12.2004 r. w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz.U. z 2004 r., nr 267, poz. 2661).
- Ustawa z dnia 06.06.1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 1997 r., nr 90, poz. 557, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6.09.2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. z 2001 r., nr 126, poz. 1384).
- Ustawa z 12.12.2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. z 2013 r., poz. 1650).
- Ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r., nr 11, poz. 654, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r., nr 111, poz. 535, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 r., nr 191, poz. 1410).
- Ustawa z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2004 r., nr 64, poz. 593, z późn. zm.).
- Ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2005 r., nr 179, poz. 1485).
- Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 1982 r., nr 70, poz. 473).
- Ustawa z dnia 5.12.1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 1996 r., nr 136, poz. 852, z późn. zm.).

<sup>30</sup> **W. Daszkiewicz, P. Daszkiewicz**, *Podstawy prawne roszczeń o zapłatę za świadczenia medyczne w stanach nagłych*, PiP 2006/1, s. 39.

**Opracowania:**

**Bagińska Ewa**, *System prawa prywatnego*, w: Wojciech J. Katner (red.), *Prawo zobowiązań – umowy nienazwane*, Warszawa 2010.

**Baka Krzysztof, Machulak Grzegorz, Pietraszewska-Macheta Agnieszka, Sidorko Andrzej**, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010.

**Daszkiewicz Wiesław, Daszkiewicz Paweł**, *Podstawy prawne roszczeń o zapłatę za świadczenia medyczne w stanach nagłych*, PiP 2006/1.

**Dercz Maciej, Rek Tomasz**, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007.

**Jończyk Jan**, *Glosa do wyroku SN z dnia 8.08.2007 r., I CSK 125/07*, OSP 2008/7–8, poz. 489.

**Kędzierska Kinga**, *Dostęp cudzoziemców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce*, PiM 2012/2, s. 24.

**Kubot Zdzisław**, *Znaczenie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie udzielania i finansowania świadczeń zdrowotnych*, PiM 2004/2.

**Lach Daniel E.**, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Warszawa 2011.

**Mról Teresa**, *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Aspekty prawne i socjologiczne*, Białystok 2011.

**Nesterowicz Mirosław**, *Glosa do wyroku SN dnia 8.08.2007 r., I CSK 125/07*, PiM 2008/4.

**Nesterowicz Mirosław**, *Odpowiedzialność NFZ za pozaumowne świadczenia zdrowotne*, PiM 2006/2.

**Nesterowicz Mirosław**, *Prawo medyczne*, Warszawa 2013.

**Nesterowicz Mirosław**, *Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 8 sierpnia 2007 r. – CSK 125/07*, PiM 2008/4.

**Śliwka Marcin**, *Prawo pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej w stanie nagłym*, PiM 2008/2.

Wyrok WSA w Warszawie z dnia 17.11.2005 r., VI SA/WA 1003/2005, LEX 192536.

Wyrok SA w Poznaniu z dnia 23.05.2006 r., I ACA 1266/05.

Wyrok SA w Warszawie z dnia 26.10.2006 r., I ACA 488/06, Lex Polonica 1159412.

Wyrok SN z dnia 4.01.2007 r., V CSK 396/2006, LEX 244455.

Wyrok SN z dnia 8.07.2007 r., CSK 125/07, LEX 333609.

Wyrok SN z dnia 14.02.2008 r., II 532/07, LEX 496387.

**Zielińska Eleonora**, *Komentarz do ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry*, Warszawa 2008.

**Żelichowski Mariusz**, *Przypadek niecierpiący zwłoki a ubezpieczenie zdrowotne*, *Medycyna Praktyczna* 2007/6.

**Strony internetowe:**

[http://orzeczenia.warszawa.so.gov.pl/search/simple/\\$N/IV\\$0020C\\$0020172\\$002f08/\\$N/\\$N/1; stan na 02.06.2015 r.](http://orzeczenia.warszawa.so.gov.pl/search/simple/$N/IV$0020C$0020172$002f08/$N/$N/1;stan na 02.06.2015 r.)

---

Anna BARAN

## FINANCING OF HEALTH CARE SERVICES PROVIDED IN EMERGENCY UNINSURED PEOPLE

### (Summary)

The right to life and health is one of the basic human rights. The Constitution grants the citizens irrespective of any criteria the right to protection of life and health and the right of equal access to health care services publicly funded. These constitutional guarantees translate into specific legal obligations set out in ordinary legislation – not only the prohibition of depriving life or health of another human being, but also warrant of saving the life in situations of its dangers. Polish legislator has introduced the relevant provisions on the unconditional obligation to immediately provide medical services to people in need, but did not specify the sources of their funding when the uninsured people benefit from the assistance. This situation causes the greatest problems of therapeutic entities that are not being able to refuse to provide medical assistance to the patient in case of threat to life or health, they alone bear the burden of financing these benefits. It is necessary to take legislative action in order to clearly identify the entity responsible for financing life-saving activities to people who are not beneficiaries of the health care system.

**Keywords:** health care; uninsured; case of threat to life or health; financing health care services