

Maciej Dercz

Podstawy prawne wykonywania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych na rzecz osób posiadających dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne¹

Słowa kluczowe: świadczenia zdrowotne, dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

■ Wstęp

Ze względu na coraz większą niewydolność finansową publicznego systemu ochrony zdrowia samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ), a zwłaszcza te z nich, które działają w lecznictwie zamkniętym, stanęły przed dylematem – skąd mogą czerpać dodatkowy dochód niezbędny do zbilansowania kosztów z wydatkami. Pacjenci oczekujący w wielomiesięcznych kolejkach do SP ZOZ (głównie do szpitali) poszukują sposobu, aby uzyskać polepszenie swojej trudnej sytuacji, nawet kosztem ponoszenia dodatkowych opłat².

Zagraniczne towarzystwa ubezpieczeniowe (zarejestrowane w państwach Unii Europejskiej), wykorzystując fakt nieoferowania wprost przez nasze rodzime podmioty dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (w szczególności odnoszących się do możliwości uzyskania szpitalnych świadczeń zdrowotnych), same bądź wspólnie z polskimi partnerami wprowadzają na nasz rynek taki produkt. Aby zagraniczne towarzystwa ubezpieczeniowe mogły proponować dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, muszą mieć możliwość realizacji na terenie naszego kraju dostępu do świadczeń zdrowotnych. Zgłaszają się one zatem do SP ZOZ z propozycjami zakupu od nich świadczeń zdrowotnych.

Jednak w oficjalnych pismach Ministerstwa Zdrowia (MZ) pojawiły się informacje, że nie jest możliwe wykonywanie przez SP ZOZ – mające podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) – świadczeń

zdrowotnych na rzecz osób posiadających dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, wykupione w unijnym towarzystwie ubezpieczeniowym. Stanowisko MZ w tej kwestii opiera się na prawnej interpretacji przepisów ustawowych normujących kwestię wykonywania świadczeń zdrowotnych przez SP ZOZ.

Ze względu na pojawiające się wątpliwości interpretacyjne należy poddać analizie prawnej następujące zagadnienie:

„Czy możliwe jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz osób posiadających dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, wykupione w unijnym towarzystwie ubezpieczeniowym, przez SP ZOZ mające podpisane umowy z NFZ?”

1. Analiza podstawowych pojęć prawnych niezbędnych do określenia możliwości realizacji przez SP ZOZ (mające kontrakt z NFZ) świadczeń zdrowotnych na rzecz osób posiadających dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

1.1. Świadczenia zdrowotne

Zgodnie z zawartą w art. 3 ustawy z 30 czerwca 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej³ (uzoz) definicją świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu

¹ W artykule wykorzystane zostały tezy zawarte w opinii prawnej przygotowanej przez autora dla firmy Luxmed.

² Frąckiewicz-Wronka A., *Parasol nad zdrowiem, Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce*, cz. 2, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006; 1–2.

³ Dz.U. z 2007 roku Nr 14, poz. 89 z późn. zm.

leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. W przepisie tym zostało szczegółowo wskazane, na czym one mają polegać. Użyte w art. 3 uzoż pojęcie „świadczenie zdrowotne” występuje również w wielu innych ustawach. Definicja z art. 3 jest jednak kluczowa ze względu na to, iż uzoż ma szczególne znaczenie systemowe. Ustawa ta określa zasady funkcjonowania ZOZ jako podstawowych instytucji utworzonych i utrzymywanych w celu udzielania „świadczeń zdrowotnych”. Dana czynność może być uznana za świadczenie zdrowotne tylko wtedy, gdy jest ona profesjonalnie (zawodowo) wykonywana. Zawarte w tym przepisie wyliczenie podstawowych typów świadczeń zdrowotnych nie jest – chociażby ze względu na użycie sformułowania „w szczególności” – wyczerpujące, pozwala natomiast zorientować się, jakie są obecnie rodzaje świadczeń zdrowotnych. Niektóre typy świadczeń zdrowotnych unormowano w odrębnych przepisach (np. szpitalnictwo ochronne, zwalczanie chorób zakaźnych).

Każda czynność wskazana w art. 3 pkt 1–14 musi realizować jeden z celów wskazanych w tym przepisie (m.in. zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawianie zdrowia) bądź też ma to być działanie medyczne związane z procesem leczenia lub wynikające z przepisów odrębnych regulujących zasady jego wykonywania. Tak więc świadczenie zdrowotne jest powiązane i w istocie wynika z działań medycznych oraz z procesu leczenia.

Definicję legalną omawianego pojęcia zawiera także art. 5 ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ (uśoz), którego pkt 40 stanowi, iż świadczenie zdrowotne to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

Należy dodatkowo zauważyć, że świadczenia zdrowotne w rozumieniu uśoz stanowią element szerszej kategorii pojęciowej, tj. pojęcia „świadczenia opieki zdrowotnej” (art. 68 Konstytucji RP⁵). Jeżeli zatem dany przepis stanowi o „świadczeniach opieki zdrowotnej” bez bliższego ich sprecyzowania, należy zawsze brać pod uwagę również „świadczenia zdrowotne”.

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych wypełniające zakres przedmiotowy uśoz to zgodnie z definicją legalną zawartą w art. 5 ust. 34 uśoz: świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące.

Oferowane przez zagraniczne towarzystwa ubezpieczeniowe produkty są określane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia (OWU) jako „Świadczenia szpitalne” i spełniają ustawowe kryteria stawiane świadczeniom zdrowotnym.

1.2. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

Do SP ZOZ mają zastosowanie wszystkie te normy prawne, które odnoszą się ogólnie do ZOZ. Art. 1 ust. 1 uzoż zawiera legalną definicję pojęcia prawnego „zakład opieki zdrowotnej”. Zgodnie z jej treścią materialną jego istotę stanowi „zespół osób” oraz „środki majątkowe”, które zostały specjalnie wyodrębnione organizacyjnie. To organizacyjne wyodrębnienie zespołu osób i majątku poczynione zostało przez ustawodawcę w konkretnie określonym celu, tj. dla „udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia”. Zatem każdy ZOZ ma ustawowy obowiązek wykonywania świadczeń zdrowotnych.

Zawarte w tym przepisie ustalenie odnosi się nie tylko do utworzenia, lecz także do utrzymywania ZOZ w określonym powyżej celu. Z tego względu nie ma zastosowania do ZOZ zasada samofinansowania, która jest właściwa dla innych podmiotów prowadzących działalność gospodarczą. Oznacza to, że obowiązek utrzymywania ZOZ spoczywa na „podmiocie, który utworzył zakład” (zob. art. 11 ust. 3 w związku z art. 8 uzoż), nazywanym dalej na potrzeby niniejszej publikacji organem założycielskim. Organ założycielski ZOZ ma zatem wobec niego szczególne obowiązki, których nie ma jego odpowiednik w odniesieniu do przedsiębiorstwa.

Publicznym zakładem opieki zdrowotnej jest ZOZ (zgodnie z dyspozycją wynikającą z art. 8 ust. 2 uzoż) utworzony przez organ, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1–3b uzoż.

Te wymienione w tym przepisie publiczne organy założycielskie to:

- ministrowie i centralne organy administracji rządowej;
- wojewodowie;
- jednostki samorządu terytorialnego;
- publiczne uczelnie medyczne lub publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
- CMKP.

Publiczne organy założycielskie zaliczają się do kategorii władz publicznych. Na te władze, z mocy art. 68 Konstytucji RP, został nałożony publicznoprawny obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Publiczne ZOZ prowadzą swoją działalność w formie:

- SP ZOZ, które pokrywają z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów ponoszone koszty i powzięte zobowiązania (art. 35b uzoż) i są publicznymi osobami prawnymi;
- ZOZ prowadzonych w formie jednostek lub zakładów budżetowych (art. 35c uzoż).

SP ZOZ stanowią obecnie zdecydowaną większość działających publicznych ZOZ. Uwagi odnoszące się do publicznych ZOZ mają bezpośrednie odniesienie do SP ZOZ.

Precyzyjnej wykładni pojęcia „publicznego zakładu opieki zdrowotnej” dokonał Trybunał Konstytucyjny,

⁴ Dz.U. z 2008 roku, Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

⁵ Dz.U. z 1997 roku, Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

który w uzasadnieniu wyroku z 27 czerwca 2000 roku sygn. K 20/99⁶ potwierdził tezę o szczególnym znaczeniu tego terminu: „Ustawa rozróżnia dwa rodzaje zakładów opieki zdrowotnej: publiczne i niepubliczne. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej tworzone są przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej, przedsiębiorstwo państwowe PKP, wojewodę [...] oraz jednostkę samorządu terytorialnego (art. 8 ust. 1 pkt 1–3 uzoż), natomiast niepubliczne – przez inne (określone w art. 8 ust. 1 pkt 4–8 te same ustawy) podmioty, działające najczęściej w formie spółek cywilnych, spółek z ograniczoną odpowiedzialnością i spółek akcyjnych. Rozróżnienie to ma istotne znaczenie. Poprzez określenie zakładów opieki zdrowotnej mianem «publiczny» ustawodawca uznał, że ich znaczenie jest doniosłe z punktu widzenia interesu publicznego. Na tyle ważne, aby uznać konieczność ich podporządkowania rządowym lub samorządowym organom państwa, chociaż przez nadanie im osobowości prawnej uzyskały one duży stopień samodzielności oraz niezależną od Skarbu Państwa i jednostek samorządu terytorialnego podmiotowość prawną (w sferze stosunków majątkowych). Okoliczność, iż w odniesieniu do publicznych, samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej organami tworzącymi są organy administracji rządowej lub jednostki samorządu terytorialnego, stwarza gwarancję i zabezpieczenie, że zakłady te będą mogły realizować cele, dla których je utworzono. Wiąże się z tym – w określonych ustawowo sytuacjach – zobowiązanie do ponoszenia konsekwencji majątkowych związanych z ich działalnością. Ani organ administracji rządowej, ani jednostka samorządu terytorialnego nie może uwolnić się od tego rodzaju obowiązków bez stosownego ustawowego przyzwolenia. W ten sposób zabezpiecza się możliwość realizowania celów publicznych związanych z ochroną zdrowia, o których mowa w art. 68 Konstytucji”.

Zatem należy, opierając się na wyżej wskazanej argumentacji, przyjąć, że SP ZOZ są jednocześnie jednostkami sektora finansów publicznych i jednostkami organizacyjnymi działającymi jako organy założycielskie – organów władzy publicznej.

Ze względu na takie właśnie usytuowanie w systemie administracji publicznej mają one obowiązek realizowania przekazanych im do wykonania zadań publicznych.

Oznacza to, iż SP ZOZ powinny w pierwszej kolejności wykonywać te świadczenia zdrowotne, które ze względu na obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych uznawane są za zadania publiczne.

Do tej kategorii zaliczamy wszelkiego rodzaju świadczenia zdrowotne, które są finansowane ze środków publicznych będących w dyspozycji publicznych płatników, a w szczególności NFZ, ministra zdrowia i publicznych organów założycielskich.

1.3. Dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

Zagraniczne towarzystwa ubezpieczeniowe mają prawo do prowadzenia swojej działalności na terenie Polski po spełnieniu wymogów wynikających z ustawy z 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (udub)⁷. Uzyskują one wówczas prawo do sprzedaży osobom fizycznym i prawnym swojego produktu, jakim jest dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (szczegółowo określone w OWU). W udub nie występuje jednak osobna kategoria: ubezpieczenia zdrowotne. Zagraniczne podmioty swoją działalność prowadzą na podstawie rodzimego prawa ubezpieczeniowego. Ze względu na unijne normy to co legalnie jest zarejestrowane i prowadzone w kraju członkowskim, może być, po formalnym zgłoszeniu, prowadzone także w Polsce. Dystrybuowany przez te podmioty produkt ubezpieczeniowy jest zaliczany do kategorii dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Kilka ogólnych uwag o charakterze systemowym należy w tym miejscu poświęcić problemowi funkcjonowania w Polsce prywatnych dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Przyjęty w Polsce od 1 stycznia 1999 roku system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obejmuje praktycznie wszystkich obywateli. Uczestniczące w nim osoby nie mogą z tego zrezygnować⁸. Brak możliwości rezygnacji z systemu publicznego (tzw. wyjście poza, ang. *opting out*) zasadniczo wyklucza rozwój alternatywnych ubezpieczeń typu substytucyjnego (zastępczego). Możliwe są zatem tylko takie formy ubezpieczenia, które nie powodują wyjścia z obowiązkowego systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Tymi formami są ubezpieczenia uzupełniające system powszechny. Pacjenci mogą je nabyć dobrowolnie w prywatnych towarzystwach ubezpieczeniowych. Ubezpieczenia te stanowią jednak dla nich dodatkowe obciążenie finansowe⁹.

W terminologii Unii Europejskiej stosowany jest termin „dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne” (ang. *voluntary health insurance – VHI*).

Od 1992 roku w Unii Europejskiej (UE) rynek dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych ma specjalne regulacje. Zostało wówczas ustalone, że dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne podlegają tym samym regułom wolnego przepływu usług, co inne usługi konsumpcyjne. Głównym aktem prawnym odnoszącym się do tego zagadnienia jest Dyrektywa Rady nr 92/49/EWG z 18 czerwca 1992 roku w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do ubezpieczeń bezpośrednich innych niż ubezpieczenia na życie. Dyrektywa określana jest jako III dyrektywa w sprawie ubezpieczeń innych niż ubezpieczenia na życie. Przepisy wspomnianej dyrekty-

⁶ OTK 2000, nr 5, poz. 140.

⁷ Dz.U. z 2003 roku, Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.

⁸ Stachura R., *Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, „Polityka Zdrowotna” 2004; t. II, grudzień.

⁹ Holly R., *Komercyjne ubezpieczenia dodatkowe w reformowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce*, w: Smoliński B. (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa 2006.

wy gwarantują ubezpieczycielom faktyczną możliwość swobodnego świadczenia przez nich usług na terenie całej UE¹⁰.

Produkty proponowane przez unijne towarzystwa ubezpieczeniowe przyjęły właśnie formę dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego rozumianego jako ubezpieczenie od ryzyk wydatków związanych z koniecznością korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Towarzystwa te udzielają ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia, zawartej z ubezpieczającym. Podstawą do objęcia pacjenta (klienta) dodatkowym dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest zawarcie umowy ubezpieczenia z ubezpieczycielem. Umowa ubezpieczenia zdrowotnego ma obecnie charakter dobrowolny.

Z proponowanych przez te podmioty umów wynika, że ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający ma obowiązek uiścić składkę. Przykładowo, jeżeli ubezpieczony zachoruje i wymaga świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalu, to koszty tych świadczeń zostaną pokryte przez ubezpieczyciela. Umowa dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego jest umową nazwaną, dwustronnie zobowiązującą i ma odpłatny charakter. Jest także umową konsensualną (zawiera się ją poprzez zgodne oświadczenie woli stron). Ma ona charakter adhezyjny, czyli dochodzi do skutku poprzez jednostronną akceptację przystępującego na zaproponowanych ogólnych warunkach umownych. W stosunku prawnym odnoszącym się do zawarcia umowy ubezpieczeniowej występują trzy podmioty, tj. ubezpieczyciel, ubezpieczający i ubezpieczony. Ubezpieczycielem jest unijne towarzystwo ubezpieczeniowe, które na podstawie umowy bierze na siebie ryzyko poniesienia określonych w umowie konsekwencji wypadku ubezpieczeniowego. Ubezpieczający to podmiot, który zawiera umowę ubezpieczenia z ubezpieczycielem. Może nim być każda osoba fizyczna lub prawna. Ubezpieczony to osoba, której dobro (w naszym przypadku jest nim zdrowie) zostało objęte umową ubezpieczenia.

OWU są to uchwalane przez to towarzystwo warunki, na jakich przyjmuje on do ubezpieczenia zgłaszane przez klienta ryzyko.

W OWU również wyliczone są sytuacje, kiedy w przypadku wystąpienia szkody zakład nie ponosi odpowiedzialności. OWU określają także obowiązki ciążące na ubezpieczonym i konsekwencje ich nieprzestrzegania. Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne definiowane są w OWU jako ubezpieczenia nieobowiązkowe, wybierane i opłacane przez osoby fizyczne lub prawne (w tym spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki akcyjne, stowarzyszenia i organizacje, które zawarły umowę ubezpieczenia z unijnym towarzystwem ubezpieczeniowym) działające jako pracodawcy.

Umowa ubezpieczenia, zależnie od wariantu, może być zawarta z pracodawcą na rzecz jego pracowników (ewentualnie członków ich rodzin) lub z klientem indywidualnym (osobą fizyczną).

Jeśli chodzi o przedmiot ubezpieczenia, to jest on związany ze stanem zdrowia klienta i jego zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne. Chodzi przede wszystkim o kompleksowe finansowe zabezpieczenie ryzyka związanego z chorobą. Umowa dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego gwarantuje dostęp do określonych w OWU świadczeń zdrowotnych. Świadczenia zdrowotne w ramach takiego ubezpieczenia mogą być realizowane u świadczeniodawców, w szczególności w SP ZOZ, które podpiszą z unijnym towarzystwem stosowne umowy. Świadczenia zdrowotne, jakie otrzymuje ubezpieczony, wykonywane są bezgotówkowo, a identyfikacja ubezpieczonego odbywa się na podstawie imiennego identyfikatora.

2. Analiza przepisów prawa dotyczących wykonywania świadczeń zdrowotnych i ich wpływu na możliwość realizacji przez SP ZOZ mające kontrakt z NFZ świadczeń zdrowotnych na rzecz osób posiadających dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne

2.1. Konstytucja RP

Analizę przepisów mających wpływ na możliwość udzielania przez SP ZOZ publiczne, mające umowy z NFZ, świadczeń zdrowotnych realizowanych na zlecenie unijnych towarzystw ubezpieczeniowych należy rozpocząć od ustawy zasadniczej. Konstytucja RP nie określa nawet w ogólny sposób zakresu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli. Uregulowane ma to zostać w odrębnej ustawie (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Dyspozycja umieszczona w art. 68 ust. 2 wręcz nakłada na ustawodawcę zwykłego obowiązek ustawowego określenia warunków i zakresu tych świadczeń. Ustawodawca zwykły nie ma jednak swobody w określaniu ram organizacyjnych systemu ubezpieczeniowego. Nie ma on prawa całkowitej rezygnacji z finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Norma art. 68 ust. 1 Konstytucji RP nie przesądza także o całościowej konstrukcji systemu ani o zasadach budowy poszczególnych jego elementów.

Przepis art. 68 Konstytucji pozostawia swobodę co do charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych. Mogą to być zatem środki publiczne, prywatne, jak i mieszane – publiczne z prywatnymi. Przepis ten nie wyklucza także różnorodności charakteru i struktury płatników tych świadczeń. Zatem mogą to być także, oprócz publicznych, również podmioty prywatne. Norma prawna zawarta w art. 68 Konstytucji RP nie stanowi zakazu funkcjonowania w Polsce dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Tak sformułowany przepis pozwala wręcz wysnuć tezę o jego dopuszczalności. Konstytucja RP nie gwarantuje jednak, w ramach równego dostępu, powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. W art. 68 ust. 2 zd. 2 zostało zawarte,

¹⁰ Mossialos E., Thomson S., *Voluntary health insurance in the European Union*, WHO, Brussels 2004.

że ustawa ma określać oprócz warunków także zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Taka konstrukcja przepisu umożliwia ustawodawcy przyjęcie modelu systemu ochrony zdrowia, w którym obok środków publicznych mogą być w większym zakresie wykorzystane środki prywatne. To jest następny argument przemawiający za dopuszczalnością funkcjonowania dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Trybunał Konstytucyjny – w zawartej w uzasadnieniach do wyroku z 18 grudnia 2002 roku¹¹ oraz do wyroku z 7 stycznia 2004 roku¹² argumentacji – pośrednio potwierdził przedstawioną wyżej argumentację.

Jednak z tych uzasadnień można wysnuć również tezę, z której wynika, że aktualny stan prawny nie zezwala SP ZOZ na równoczesne pobieranie od ubezpieczonych w NFZ opłat za świadczenia zdrowotne, nawet w sytuacji tzw. wyczerpania limitu lub konieczności oczekiwania w kolejce na świadczenie zdrowotne.

To stanowisko dotyczy równoczesnego pobierania bezpośrednio od pacjentów/ubezpieczonych opłat za dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jednak w przypadku dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych opłaty nie są pobierane przez szpitale bezpośrednio od ubezpieczonych ani nie dotyczą one tożsamyh świadczeń realizowanych w ramach kontraktu z NFZ. Szpital publiczny może bowiem wykonywać świadczenia zdrowotne w ramach umowy z unijnym towarzystwem ubezpieczeniowym – poza limitem ustalonym z NFZ, np. mając wolną salę operacyjną czy wolny czas lekarzy (w takim zakresie jednak, w jakim nie koliduje to z działalnością statutową SP ZOZ – finansowaną ze środków publicznych).

2.2. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Ustawą, która zgodnie z dyspozycją art. 68 ust. 2 Konstytucji RP ma regulować warunki oraz zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jest uśoz.

Reguluje ona m.in. kwestie warunków udzielania i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez świadczeniobiorców, w tym także przez SP ZOZ. Poddano jej regulacji także sprawy dotyczące zasad i trybu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W tej ustawie zostały zdefiniowane również zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W tej kategorii mieszczą się „organy założycielskie” ZOZ publicznych, w tym SP ZOZ. Nie są one same wprost zobligowane do podejmowania działań mających na celu zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Takie działania w myśl art. 68 Konstytucji RP są obowiązkiem władz publicznych, które są zarazem organami założycielskimi SP ZOZ.

W tym miejscu należy przypomnieć – poczynione wcześniej przy okazji omawiania pojęcia prawnego ZOZ – ustalenia odnoszące się do obowiązków SP ZOZ dotyczących realizacji zadań publicznych.

O definicji środków publicznych w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych i jej wpływie na możliwości kontraktowe ZOZ publicznych będzie mowa niżej.

W przepisach karnych zostało w art. 193 ust. 4 uśoz określone, że pobieranie nienależnych opłat od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podlega karze grzywny. Mając na uwadze dyspozycję właśnie tego przepisu, można wysnuć tezę, że ustawodawca nie dopuszcza do powstania sytuacji, w której świadczeniodawca (ZOZ) będzie mógł pobrać opłatę od osoby ubezpieczonej (oraz osoby, która w prawach do świadczeń z osobami ubezpieczonymi została zrównana) za te świadczenia, które są objęte umową z NFZ. Ze względu na przyjęcie takiego unormowania niedopuszczalne jest także, aby za objęte dyspozycją tego przepisu świadczenia sam ubezpieczony uiszczał jakąkolwiek niewynikającą z uśoz opłatę. Nie zostało jednak spenalizowane takie działanie, w wyniku którego SP ZOZ (mające podpisane umowy z NFZ) pobierają opłaty za świadczenia zdrowotne inne niż te, które są objęte umową z NFZ. Ta „inność” dotyczy zakresu świadczeń oraz podmiotu te świadczenia zamawiającego.

Biorąc pod uwagę fakt, iż prawnym regulacjom zawartym w uśoz podlegają tylko te świadczenia zdrowotne, które są finansowane ze środków publicznych (ze szczególnym uwzględnieniem środków pochodzących z powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego) – należy stwierdzić, że SP ZOZ „szpitalne” działające jako „świadczeniobiorcy” w rozumieniu uśoz, mające zawarte umowy z NFZ, są zobowiązane do zapewnienia „świadczeniobiorcom” w rozumieniu tej ustawy tych świadczeń zdrowotnych, które zostały objęte stosownymi umowami z NFZ. Jednak ze względu na zakres przedmiotowy, jak i podmiotowy, powyższa ustawa nie ogranicza możliwości zawierania przez SP ZOZ umów na świadczenia niefinansowane ze środków publicznych.

Wobec poczynionych wcześniej ustaleń należy stwierdzić, że SP ZOZ mają obowiązki odnoszące się do realizacji zadań publicznych i świadczenia zdrowotne objęte umową z NFZ (i z innymi publicznymi płatnikami) powinny być przez nie traktowane priorytetowo.

Dodatkowo trzeba pamiętać, że dla SP ZOZ środki finansowe uzyskiwane z tytułu realizacji kontraktów z NFZ (i innymi publicznymi płatnikami) stanowią podstawowe źródło utrzymania. Jeżeli ZOZ publiczny nie będzie wykonywał kontraktu z NFZ, może on zgodnie z treścią zawartych umów doprowadzić do jego rozwiązania lub nieprzekazania wynagrodzenia za niewykonane świadczenia. Ale przecież pierwszeństwo nie wyklucza samej możliwości przedsięwzięcia takich działań – wynikać to musi jednak z odpowiedniego zor-

¹¹ Sygn. K 43/01 – OTK ZU nr 7/A/2002, poz. 96.

¹² Sygn. K 14/03 – OTK ZU nr 1/A/2004, poz. 1.

ganizowania samego procesu wykonywania świadczeń zdrowotnych.

2.3. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej

Najistotniejsze uwarunkowania prawne odnoszące się do możliwości kontraktowych SP ZOZ zawarte są w uzo¹³.

Zgodnie z dyspozycją wynikającą z art. 6 ust. 1 uzo – każdy ZOZ może udzielać świadczeń zdrowotnych: (1) bezpłatnie, (2) za częściową odpłatnością lub (3) odpłatnie.

Zasady, na jakich owa odpłatność (pełna lub częściowa) ma być ponoszona lub ona nie występuje (bezpłatnie), normują:

- 1) inne przepisy uzo;
- 2) przepisy odrębne (np. inne ustawy);
- 3) umowa cywilnoprawna, której stroną jest ZOZ.

Interpretując wskazany przepis, należy w obecnych realiach stwierdzić, iż przewidziana w art. 6 ust. 1 odpłatność (pełna albo częściowa) lub bezpłatność świadczeń zdrowotnych odnosi się do relacji ZOZ z pacjentem (będącym także zgodnie z u¹⁴ świadczeniobiorcą). W zasadzie więc dotyczy: (1) prawa pacjenta do uzyskania świadczeń zdrowotnych bez konieczności ponoszenia przez niego opłat na rzecz ZOZ albo (2) obowiązku pacjenta do poniesienia opłat za uzyskane świadczenia zdrowotne. Należy jednak zaznaczyć, że owa bezpłatność nie oznacza, iż ZOZ nie uzyska z tego tytułu zapłaty, koszt ten bowiem jest zwykle pokrywany (za pacjenta) przez inny podmiot (np. NFZ, Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub inną osobę prywatną, w tym przez unijne товарищество ubezpieczeniowe). Wspomniane inne przepisy uzo to w szczególności art. 33–34. Odnoszą się one jednak wyłącznie do publicznych ZOZ. Przepisy odrębne, o których wspomina art. 6 ust. 1, to przede wszystkim u¹⁵ i ustawa z 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach¹⁴. Przytoczone przepisy przewidują bezpłatność udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Odpłatność za udzielenie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez publiczny ZOZ przewidują w pewnych okolicznościach wspomniane już art. 33–34 uzo oraz np. art. 16 u¹⁵. SP ZOZ może zatem wyjątkowo pobierać opłaty za swoje świadczenia od osób ubezpieczonych oraz innych uprawnionych do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów (art. 33 ust. 1 uzo), ale prawo poboru tych opłat jest uregulowane w innych ustawach, a zwłaszcza w u¹⁵. SP ZOZ otrzymuje za te świadczenia zapłatę, jednak nie od pacjentów, ale od NFZ. Zasady odpłatności za świadczenie zdrowotne może również określać umowa cywilnoprawna, której stroną jest SP ZOZ. Umowa taka nie powinna być jednak zawarta bezpośrednio z pacjentem, ale z innym podmiotem, który działa niejako na rzecz pacjenta. Takim

podmiotem działającym na rzecz pacjenta może być np. unijne товарищество ubezpieczeniowe. Umowa między unijnym товариществом a SP ZOZ ma wówczas charakter umowy na rzecz osoby trzeciej, wskazanej przez товарищество.

Podpisując umowę z SP ZOZ, товарищество (działając niekiedy poprzez upoważnione przez niego odrębnie podmioty) zamawia określone w umowie świadczenia zdrowotne i wskazuje, że za nie zapłaci. Zrealizowane one będą faktycznie na rzecz określonego – poprzez indywidualną identyfikację – pacjenta, który jest wówczas „osobą posiadającą dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne”. Podpisana między SP ZOZ a товариществом umowa nie dotyczy jednak dokładnie tych samych świadczeń zdrowotnych, które są należne pacjentom/ubezpieczonym do uzyskania w SP ZOZ mających kontrakty z NFZ w ramach finansowanego ze środków publicznych powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Ta odmienność wynika bowiem z faktu realizacji świadczeń zdrowotnych na zlecenie innego niepublicznego podmiotu i na podstawie innej umowy niż ta dotycząca powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.

SP ZOZ mające kontrakt z NFZ i jednocześnie mające umowy z unijnym товариществом – nie mają prawa do pobierania podwójnego wynagrodzenia za to samo świadczenie od товарищества i NFZ.

Jeżeli w takim SP ZOZ zjawi się pacjent będący „osobą posiadającą dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne”, to SP ZOZ powinien mu zapewnić, zgodnie z zawartą z товариществом umową, świadczenie zdrowotne nazywane w OWU: „Świadczeniem szpitalnym”. Za realizację tego świadczenia koszty poniesie товарищество i SP ZOZ nie może tego świadczenia wykazywać w rozliczeniu z NFZ.

Taka sytuacja zatem nie powoduje zaistnienia stanu faktycznego, w którym SP ZOZ pobierają na podstawie umowy cywilnej bezpośrednio od samego (będącego także ubezpieczonym w rozumieniu u¹⁵) pacjenta jakiegokolwiek opłaty.

Wobec powyższego nie będzie miał do niej zastosowania wyrok NSA z 1 lutego 2006 roku¹⁵, w którym przyjęto, że:

- „1. Przepisy art. 6 i art. 38 ust. 5 ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) nie dają podstaw prawnych do pobierania na drodze umów cywilnych opłat od osób ubezpieczonych za świadczenia finansowane ze środków publicznych.
2. Jeśli od uiszczenia opłat wynikających z umowy cywilnoprawnej zależy przyspieszenie udzielenia świadczenia zdrowotnego osobom ubezpieczonym, świadczenia objętego ubezpieczeniem zdrowotnym, to zasada równego dostępu do świadczeń zostaje naruszona”.

¹³ Przy omawianiu przepisów uzo wykorzystane zostały tezy zawarte w: Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej – komentarz*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2007.

¹⁴ Dz.U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.

¹⁵ II OSK 720/05; OSS 2006/3/81.

Analizując sytuację związaną z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez SP ZOZ na podstawie umów zawartych z unijnymi towarzystwami, należy pamiętać o dyspozycji zawartej w art. 7 uoz, z której to wynika nałożony na wszystkie ZOZ (w tym SP ZOZ) generalny obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych każdej osobie, która potrzebuje natychmiastowego ich udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Przepis ten określa okoliczności, w jakich świadczenia zdrowotne muszą być bezwzględnie udzielone pacjentowi. Dotyczy on przede wszystkim pacjenta, który znalazł się w nagłej sytuacji wymagającej natychmiastowej reakcji medycznej, jego stan natomiast zagraża jego życiu lub zdrowiu. Ocena, czy pacjent pozostaje w takiej właśnie sytuacji, należy w zasadzie do pracowników ZOZ, a ściślej – do uprawnionych lekarzy.

Przesłanki opisane w art. 7 odpowiadają definicji stanu nagłego (a w zasadzie stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego), zawartej w art. 5 pkt 33 uoz, w związku z art. 3 pkt 8 ustawy z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁶ (uprm), zgodnie z którą przez stan nagłego zagrożenia zdrowotnego należy rozumieć stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, a jego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Żadna okoliczność nie może być zatem podstawą do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych, a w szczególności to, iż pacjent nie należy do określonej grupy osób lub nie zamieszkuje na określonym obszarze, nad którym – zgodnie ze statutem – dany ZOZ rozciąga opiekę. Ponadto nie można w opisanych okolicznościach odmówić pomocy medycznej osobie nieposiadającej ubezpieczenia zdrowotnego (tj. prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Nie ma także znaczenia, czy SP ZOZ ma zawartą stosowną umowę z NFZ ani też czy został wyczerpany określony w umowie z publicznym płatnikiem tzw. limit świadczeń zdrowotnych. Po wykonaniu takiego świadczenia SP ZOZ otrzymuje wynagrodzenie od NFZ. Nie ma także w takiej sytuacji znaczenia, czy osoba znajdująca się w stanie zagrożenia ma dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne. Kwestia dostępu do świadczeń zdrowotnych w „stanach nagłych” unormowana została także w art. 19 uoz, który stanowi, iż „w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie”. Zauważyć jednak należy, że dyspozycja zawarta w art. 19 odnosi się do zdefiniowanej kategorii osób, tj. świadczeniobiorców, o których mowa w art. 2 uoz. Przepis art. 7 uoz nie reguluje jednak tylko stosunków prawnych między świadczeniobiorcą, świadczeniodawcą i NFZ, czyli podmiotami powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu uoz, ale odnosi się do dostępu do świadczenia zdrowotnego w rozumieniu uoz dla każdej osoby, która potrzebuje natychmiastowego

udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia (bez względu na jej formalne prawo dostępu do tego świadczenia).

Wobec powyższych uwarunkowań może zaistnieć także sytuacja faktyczna, w wyniku której osoba potrzebująca natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia jest „osobą posiadającą dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne”. W takiej sytuacji nastąpi u „osoby posiadającej dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne” kumulacja uprawnień do uzyskania świadczenia. Należy bowiem przyjąć – w oparciu o OWU – że w ramach dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego osoba je posiadająca może z niego skorzystać, gdy potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

W omawianej sytuacji pacjent powinien być zaopatrzonej w pierwszej kolejności, tzn. przed wszystkimi innymi osobami, które nie potrzebują natychmiastowej pomocy medycznej. Pomija się więc wówczas określoną w danym SP ZOZ, wynikającą z uoz, kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych, czyli tzw. kolejkę medyczną, oraz ewentualną ścieżkę dostępu do świadczenia zdrowotnego tego pacjenta, wynikającą z umowy zawartej między ZOZ, w którym ma być ono wykonane, a towarzystwem. W takiej sytuacji pierwszeństwo realizacji świadczenia wynika bowiem z obiektywnego stanu zdrowia pacjenta.

Po podpisaniu przez SP ZOZ umowy z towarzystwem ubezpieczeniowym może dojść do sytuacji unormowanej w art. 67a uoz. Zgodnie z dyspozycją wynikającą z tego przepisu na każdy SP ZOZ podmiot sprawujący nadzór nad tym SP ZOZ (czyli zgodnie z art. 67 uoz jego organ założycielski) może nałożyć obowiązek wykonania dodatkowego zadania, jeżeli jest to: niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, w przypadku klęsk żywiołowych lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych. Dodatkowe zadanie może również wynikać z obowiązków nałożonych na SP ZOZ w oparciu o art. 30 uprm.

Po wystąpieniu wyżej wymienionych przesłanek może zaistnieć sytuacja, w której SP ZOZ nie będzie miał możliwości kadrowej ani sprzętowej do wykonania innych – niż wynikające z faktu uczestnictwa w realizacji tych dodatkowych zadań publicznych – świadczeń zdrowotnych, w tym także wynikających z umowy z towarzystwem ubezpieczeniowym. Stwarzać to będzie oczywiście po stronie towarzystwa podstawy do ewentualnych roszczeń odszkodowawczych.

Ze względu na mogącą się pojawić przy okazji korzystania przez osoby posiadające dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne sytuację związaną z faktycznym ograniczeniem możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, należy także pamiętać o dyspozycji wynikającej z art. 19 ust. 1 pkt 1 uoz. Dyrekcja SP ZOZ ma wówczas obowiązek zapewnienia każdemu pacjentowi (bez względu na charakter jego uprawnień formalnych do uzyskania świadczeń)

¹⁶ Dz.U. Nr 191, poz. 1410.

możliwości korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

Z powyższym przepisem w odniesieniu do szpitali ma bezpośredni związek art. 21 uzoż, z którego wynika, że: „Do udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń stosuje się przepisy art. 20–23 ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)”. Przepis ten określa sposób postępowania w sytuacji, gdy szpital nie jest w stanie jednocześnie zaspokoić zapotrzebowania ze strony wszystkich uprawnionych pacjentów na realizowane w nim świadczenia. Jak widać, ustawodawca zrezygnował z unormowania omawianej kwestii bezpośrednio w uzoż, lecz odwołał się wprost do uśoz. Regulacja ta dotyczy wszystkich szpitali, tzn. publicznych (do których dodatkowo stosuje się także art. 38 ust. 4 uzoż) oraz do niepublicznych. Zatem literalna wykładnia tego przepisu wskazuje, iż ma on zastosowanie również do szpitali, które:

- a) udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych na podstawie stosownej umowy z NFZ (ewentualnie inny podmiot publiczny);
- b) nie zawarły umowy z publicznym płatnikiem; ustawa nie wyłączyła spod regulacji art. 21 szpitali niezwiązanych umową z NFZ.

Wykładnia funkcjonalna art. 21 w związku z art. 20–23 uśoz prowadzi jednak do wniosku, że przepisy te mają w zasadzie zastosowanie jedynie do szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ, natomiast pozostałe szpitale mogą stosować wskazane normy tylko odpowiednio.

Przepisy art. 19 ust. 1 pkt 1 oraz art. 21 uzoż nie wykluczają jednak możliwości wykonywania przez SP ZOZ mające podpisane kontrakty z NFZ świadczeń zdrowotnych na rzecz osób posiadających dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Umowy podpisane przez SP ZOZ z towarzystwem nie dotyczą bowiem tożsamego zakresu świadczeń zdrowotnych, jak ten, który jest wykonywany przez SP ZOZ na podstawie kontraktu z NFZ.

Powyższe uwarunkowania mogą rzutować tylko na kolejność uzyskania przez osoby posiadające dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne dostępu do tych świadczeń zdrowotnych, które z powodów organizacyjnych, leżących po stronie SP ZOZ, nie mogą być udzielone równocześnie wszystkim pacjentom, którzy mają prawo do ich uzyskania w tym konkretnym ZOZ.

Zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 33 ust. 1 uzoż: publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych

przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.

Środkami publicznymi w rozumieniu uśoz oraz art. 33 uzoż są środki finansowe przekazywane publicznym ZOZ przez NFZ w ramach zawartych umów (art. 114 ust. 1 uśoz stanowi, że „środki finansowe funduszu są środkami publicznymi”).

O środkach publicznych w kontekście obowiązku zapewnienia przez władze publiczne równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej mówi art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Najszerza definicja środków publicznych została jednak umieszczona w art. 5 ustawy z 30 czerwca 2005 roku o finansach publicznych¹⁷ (ufp).

Charakter środków publicznych w zakresie działania administracji „Zdrowie” mają także środki przekazywane ZOZ przez organy administracji publicznej¹⁸, w tym przez:

- 1) ministra zdrowia – do zadań tego ministra należy np. finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych, programów zdrowotnych;
- 2) innych ministrów – m.in. ministra obrony narodowej (np. w sytuacjach, o których mowa w art. 42 uśoz), ministra sprawiedliwości (np. w przypadkach wskazanych w rozporządzeniu z 20 grudnia 2004 roku w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni¹⁹);
- 3) jednostki samorządu terytorialnego, np. finansujące programy zdrowotne.

Wydawać się może zatem, że osoba uprawniona, niezależnie od okoliczności, może zostać zobligowana do ponoszenia odpłatności za te świadczenia. Przepis ten należy jednak interpretować w powiązaniu z innymi, szczególnie normami uzoż, a przede wszystkim uśoz. To właśnie te szczególne normy rozstrzygają, czy pacjent powinien uzyskać świadczenia nieodpłatnie, za częściową odpłatnością bądź w pełnej odpłatności.

Jak już wspomniano, nieodpłatność świadczeń nie oznacza, że ZOZ nie uzyska z tego tytułu zapłaty. Koszt ten zwykle jest pokrywany (za pacjenta) przez inny podmiot, np. NFZ, Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego.

Wydaje się więc, że użyte w komentowanej normie określenie „nieodpłatnie” oznacza, iż publiczny ZOZ nie może żądać za udzielone świadczenie zapłaty od uprawnionego (np. ubezpieczonego) pacjenta, za niego bowiem koszt udzielonych świadczeń pokrywa publiczny płatnik NFZ. SP ZOZ nie może żądać zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej, które zostały objęte umową z NFZ albo z innym podmiotem publicznym.

Przy takiej interpretacji pacjent, który jest uprawniony do uzyskania świadczeń zdrowotnych (poprzez udział w systemie powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego), nie może nawet dobrowolnie za nie zapłacić ZOZ.

¹⁷ Dz.U. Nr. 249, poz. 2104 z późn. zm.

¹⁸ Dercz M., Rek T., *Podstawy prawne finansowania świadczeń zdrowotnych przez podmioty publiczne – zarys problematyki*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2005; III, 1: 50.

¹⁹ Dz.U. Nr 281, poz. 2789.

W przypadku dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego – sam pacjent nie płaci SP ZOZ, bo nie wiąże go z nim żadna umowa. Płatnikiem dla ZOZ jest bowiem towarzystwo.

Art. 38 ust. 5 uzoZ stanowi zaś, że „osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej nie mogą być obciążane opłatami za ich udzielanie, nawet gdy świadczeń zdrowotnych udziela publiczny zakład opieki zdrowotnej niebędący właściwym ze względu na obszar lub rejon swojego działania”. Publiczny ZOZ nie może żądać od pacjenta będącego osobą ubezpieczoną (inną osobą uprawnioną) zapłaty za udzielone świadczenia nawet wówczas, gdy wyczerpał limity świadczeń określone w umowie z NFZ albo gdy umowy takiej nie zawarł. Określona w ust. 5 art. 38 uzoZ zasada budzi uzasadnioną wątpliwość, ponieważ opierając się na literalnym brzmieniu tego przepisu, można dojść do błędnego wniosku, że SP ZOZ ponoszą koszty każdego świadczenia zdrowotnego, nawet wtedy, gdy świadczenia te nie są zakontraktowane przez któregoś z publicznych płatników (tj. NFZ, ministra zdrowia lub jednostki samorządu terytorialnego).

Niezależnie od tego, co napisano powyżej, należy stwierdzić, że komentowany przepis nie zabrania pobierania przez publiczny ZOZ opłat za świadczenia udzielane pacjentowi, gdy ten jest osobą ubezpieczoną lub uprawnioną z innego tytułu, o ile przepisy prawa (w szczególności uśoz) wyraźnie wskazują, iż określone świadczenia ogólnie nie są finansowane ze środków publicznych.

Przepisem mającym zasadnicze znaczenie w kwestii możliwości uzyskiwania przez SP ZOZ środków finansowych jest art. 54 ust. 1 uzoZ. Zgodnie bowiem z dyspozycją wynikającą z tego przepisu SP ZOZ może m.in. uzyskiwać środki finansowe z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy (chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej).

W sytuacji gdy środki finansowe dla SP ZOZ pochodzą z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy z towarzystwem, przepisy odrębne stanowiące inaczej (czyli wszystkie te normy, z których wynika zakaz pobierania opłat przez SP ZOZ bezpośrednio od pacjenta/ubezpieczonego w NFZ) nie mają wówczas zastosowania.

W prezentowanej wyżej analizie prawnej kilkakrotnie odnoszono się do orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, Sądu Najwyższego oraz do Naczelnego Sądu Administracyjnego – tematycznie związanego z zakresem przedmiotowym opinii. Najistotniejsze dla przedmiotu artykułu stanowisko Sądu Najwyższego zawarte zostało w uzasadnieniu do uchwały z 11 maja 2005 roku²⁰. Odnosi się ono bezpośrednio do SP ZOZ.

Sąd Najwyższy stwierdził tam m.in.: „(...) Do zadań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak wynika z art. 1 ust. 1 uzoZ, należy udzielanie świadczeń i promocja zdrowia. Przyjmując, że profesjonalny charakter działalności gospodarczej oznacza, iż jest to działalność stała, nieokazjonalna i nieamatorska, a także charakteryzująca się elementami organizacji, planowa-

nia i zawodowości rozumianej jako fachowość, znajomość rzeczy i specjalizacja, to nie może ulegać wątpliwości, że takie cechy spełnia działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w dziedzinie usług medycznych. Podobnie, jest to działalność prowadzona na własny rachunek i we własnym imieniu. Trzeba wskazać, że zgodnie z art. 35b ust. 1 uzoZ samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań (wyjątki w tym zakresie określa art. 35c i 35d), sam decyduje o podziale zysku (art. 59), pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy (art. 60 ust. 1). Oczywiście jest także, że działalność tych zakładów ma charakter powtarzalny i stały.

Wątpliwości odnośnie do uznania działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za działalność gospodarczą wynikają natomiast stąd, że nie jest jasne, czy działalność gospodarcza powinna mieć zawsze charakter zarobkowy i czy wystarczy w tym zakresie poprzestanie na wymaganiami racjonalnego gospodarowania, a ponadto – czy działalność takich zakładów stanowi formę ich udziału w obrocie gospodarczym.

Jeżeli przyjąć, że działalność gospodarcza powinna być zawsze nastawiona na zysk, to uznanie, że taką działalność prowadzą samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, nie byłoby możliwe. Taki wniosek nie jest jednak uzasadniony. Motywem działalności takich zakładów nie jest osiągnięcie zysku, lecz zaspokajanie potrzeb ludności w dziedzinie zdrowia, niewątpliwie jednak działalność leczniczą zakładów charakteryzuje dążenie do jej racjonalizacji według założeń rachunku ekonomicznego. Wniosek taki wynika wprost z regulacji art. 34, 35b ust. 1 i 2, art. 50, 53, 54 i 55 uzoZ. Trzeba też pamiętać, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej zawiera jako świadczeniodawca umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jest to zatem – a przynajmniej w założeniu powinna być – działalność prowadzona według zasad racjonalnego gospodarowania, co jest wystarczającym kryterium uznania jej za działalność gospodarczą (por. uchwałę Sądu Najwyższego z 30 listopada 1992 roku, III CZP 134/92, OSNCP 1993, nr 5, poz. 79 i z 9 marca 1993 roku, III CZP 156/92, OSNCP 1993, nr 9, poz. 152).

Wymaganie uczestniczenia w obrocie gospodarczym polega na tym, aby dany podmiot realizował swą działalność przez odpłatne, ekwiwalentne świadczenia wzajemne, spełniane za pomocą wielorazowych czynności faktycznych i prawnych w ramach obrotu gospodarczego. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej wprawdzie tylko wyjątkowo może pobierać opłaty za swoje świadczenia od świadczeniobiorców (art. 33 ust. 1 uzoZ), ale świadczenia te są finansowane ze środków publicznych na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Zakład otrzymuje zatem zapłatę za wykonane usługi medyczne, tyle że nie od pacjentów, a przez rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponadto prowadząc szeroko rozumiane usługi medyczne, może zawierać umowy, których przedmiotem jest

²⁰ III CZP 11/05; OSNC 2006/3/48; „Biul. SN” 2005, 5; „Wokanda” 2005, 6; „Wspólnota” 2005; 11.

udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne (art. 35 uzoz), a także uczestniczy w obrocie gospodarczym, zawierając samodzielnie umowy cywilnoprawne z innymi przedsiębiorcami.

Wszystko to pozwala uznać, że działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest działalnością gospodarczą (por. też postanowienie Sądu Najwyższego z 26 kwietnia 2002 roku, IV KKN 1667/00, OSNC 2003, nr 5, poz. 65 oraz uchwała Naczelnego Sądu Administracyjnego z 17 grudnia 2001 roku, FPK 13/01, ONSA 2002, nr 3, poz. 106) (...).

Z powyższego wyводу SN wynika, że SP ZOZ może samodzielnie uczestniczyć w obrocie gospodarczym. Swobodne uczestnictwo w obrocie gospodarczym nie może polegać na wyłączeniu z tej swobody podstawowego zakresu statutowej działalności ZOZ, jaką jest udzielanie świadczeń zdrowotnych. Mając na uwadze, podnoszony wielokrotnie w oficjalnych wystąpieniach dyrektorów SP ZOZ, przedstawicieli publicznych organów założycielskich, niezależnych ekspertów oraz w tezach orzeczeń sądów powszechnych, argument dotyczący niewystarczającego poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych – możliwość uzyskania dodatkowych środków finansowych pochodzących ze sprzedaży „nadwyżek produkcyjnych” w zakresie świadczeń zdrowotnych, będących w swobodnej dyspozycji ZOZ publicznego – wskazuje na dążenie przez nie do racjonalizacji działalności opartej na rachunku ekonomicznym.

Za powyższą argumentacją przemawia także dyspozycja wynikająca z art. 35b ust. 1 uzoz. Według niej, SP ZOZ pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań.

Zatem jeżeli SP ZOZ może tak zorganizować swoją działalność, że będzie miał odpowiednie „moce przerobowe” w postaci wolnego personelu medycznego, pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej – do równoczesnej realizacji tego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej (świadczeń zdrowotnych), jaki jest w stanie u niego zakontraktować NFZ, i jednocześnie będzie miał możliwość zrealizowania umowy z unijnym towarzystwem ubezpieczeniowym – to ma prawo taką działalność podjąć. SP ZOZ oprócz środków finansowych pochodzących ze środków publicznych może uzyskiwać dochody z działalności gospodarczej (należy pamiętać, że statut SP ZOZ powinien dopuszczać jej prowadzenie).

W odniesieniu do samej praktycznej możliwości realizacji przez SP ZOZ umów z towarzystwem należy jednak wziąć pod uwagę wszystkie przedstawione wyżej okoliczności. Dotyczy to zwłaszcza tych uwag, które są adresowane bezpośrednio do podmiotów zaliczanych do kategorii prawnej jednostek finansów publicznych i jednostek organizacyjnych publicznych organów założycielskich. Wynikają bowiem z nich pewne ograniczenia w realizacji przez SP ZOZ prawa do swobodnego organizowania procesu wykonywania świadczeń zdrowotnych, a odnoszą się one do obowiązku zorganizowania go tak, aby w pierwszej kolejności mogły być przez nie wykonane te świadczenia zdrowotne, które są realizowane w ramach zapewnienia przez władze publiczne równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych. Dopiero gdy te działania są przez SP ZOZ zrealizowane (w takim zakresie, jaki wynika zwłaszcza z wynegocjowanej umowy z NFZ) – mogą one swobodnie dysponować wolnymi „świadczeniami” na rzecz innych podmiotów, w tym na rzecz unijnego towarzystwa ubezpieczeniowego.

3. Podsumowanie

SP ZOZ posiadające kontrakt z NFZ mogą wykonywać świadczenia zdrowotne na rzecz osób posiadających dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Faktyczne wykonanie tych świadczeń może się jednak odbywać tylko na warunkach i zgodnie z ograniczeniami zawartymi w: art. 68 Konstytucji RP, uzoz i uśoz.

Warunki, na jakich wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez SP ZOZ na rzecz osób posiadających dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne jest możliwe oraz ustawowe ograniczenia dotyczące procesu ich wykonywania, zostały wyżej szczegółowo opisane.

Przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz osób posiadających dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne obowiązują wszystkie te uwarunkowania i ograniczenia, które zgodnie z uzoz odnoszą się do wszystkich rodzajów ZOZ.

■ Abstract:

The legal rules of implementing the health care services to advantage of the persons having voluntary health insurances by the public health care units

Key words: health care, independent public health care facilities, health additional voluntary insurance

Because of the difficult financial standing of the public payer, independent public health care facilities (SP ZOZ), specially hospitals, are searching the new sources of income. Patients, waiting for admission to hospitals for months, are much more interested in achieving in a lawful way a better access to health services. In view of no offer for additional voluntary insurance provided by our native entities, especially in the area of hospital benefits, foreign insurance companies (registered in the European Union), independently or together with Polish Partners are launching such products on our market. The official standpoint of the Ministry of Health is, that the independent public health care facilities, which have signed contracts with the National Health Fund, are not legally entitled to render health care services for people with additional voluntary insurance in any of the EU Insurance Companies. The legal-systemic argumentation presented in the above material has proved, that in accordance with the Article 68 of the Republic of Poland Constitution Act and its limitations, as well as the health care facilities and financing health services act within the framework of public funds, spoz which have contracts with the National Health Fund, are entitled to render health services for people who have own additional voluntary health insurance.

■ Piśmiennictwo:

1. Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej – komentarz*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2007.
2. Dercz M., Rek T., *Podstawy prawne finansowania świadczeń zdrowotnych przez podmioty publiczne – zarys problematyki*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2005; III, 1: 50.

3. Frąckiewicz-Wronka A., *Parasol nad zdrowiem, Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce*, cz. 2, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006; 1–2.
4. Holly R., *Komercyjne ubezpieczenia dodatkowe w reformowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce*, w: Smoliński B. (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa 2006.
5. Mossialos E., Thomson S., *Voluntary health insurance in the European Union*, WHO, Brussels 2004.
6. Stachura R., *Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, „Polityka Zdrowotna” 2004; t. II, grudzień.

■ O autorze:

Maciej Dercz – dr nauk prawnych, radca prawny specjalizujący się w obsłudze prawnej jednostek ochrony zdrowia, współpracownik Instytutu Spraw Publicznych, autor licznych opracowań z zakresu prawa ochrony zdrowia.