

Katarzyna ARCISZEWSKA

mgr, doktorantka w Katedrze Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego
Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Możliwość finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie przeszczepów udzielonych przez świadczeniodawców, którzy nie zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

I. Wstęp

Nie stanowi istotnego *novum* stwierdzenie, iż w Polsce funkcjonuje mieszany system finansowania opieki zdrowotnej – system publiczny i system prywatny. Wśród podmiotów odgrywających istotną rolę w pierwszym z wymienionych systemów znajdują się: Ministerstwo Zdrowia, samorzady terytorialne i Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia formułuje zasady polityki zdrowotnej, finansuje ważne inwestycje kapitałowe, sprawuje nadzór nad edukacją medyczną oraz odpowiada za kwestie regulacyjne¹. Z kolei samorzady terytorialne opracowują plany i strategie zdrowotne, jak również angażują się w działania z zakresu promocji zdrowia. Natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany dalej także „Funduszem”), za pomocą zawieranych ze świadczeniodawcami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej decyduje o dystrybucji środków publicznych przeznaczonych na realizację tych umów, co służyć ma zabezpieczeniu osobom uprawnionym dostępu do świadczeń zdrowotnych².

W niniejszym opracowaniu autor podejmie temat możliwości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie przeszczepów udzielonych przez świadczeniodawców, którzy nie zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co wymagało będzie analizy aktualnie obowiązujących przepisów dotyczących omawianego zagadnienia, w szczególności: ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. 2016, poz. 1793 ze zm.; zwana dalej „ustawą o świadczeniach”), ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. 2016, poz. 1638; zwana dalej „ustawą o działalności leczniczej”), ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. *o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* (Dz. U. 2015, poz. 793 ze zm.; zwana dalej „ustawą o przeszczepianiu”), ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* (Dz. U. 2015, 464 ze zm.; zwana dalej „ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry”) oraz rozporządzenia Ministra

¹ R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley, *Jednorodne grupy pacjentów w Europie. W stronę przejrzystości, efektywności i jakości w szpitalach*, Warszawa 2013, s. 390.

² *Ibidem*, s. 390.

Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 2009, Nr 213, poz. 1656).

II. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podstawą finansowania usług medycznych

Niniejsze rozważania rozpocząć należy od kwestii podstawowej wynikającej bezpośrednio z treści art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach zgodnie z którym, „podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4”.

Z powyższego wynika przyjęta przez polskiego ustawodawcę zasada udzielania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej za pomocą umów cywilnoprawnych³. Gwoli wyjaśnienia nadmienić należy, iż beneficjentami świadczeń wynikających z umowy, o której mowa powyżej są świadczeniobiorcy, czyli najkrócej rzecz ujmując – pacjenci⁴. Zatem, jak słusznie wskazują komentatorzy, wypływające z ustawy o świadczeniach zobowiązanie Narodowego Funduszu Zdrowia polega na zapewnieniu świadczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy, który wobec świadczeniodawcy jest osobą trzecią⁵. Bezpośrednim celem umowy jest przejęcie przez świadczeniodawcę obowiązku spełnienia określonych świadczeń wobec ubezpieczonych tj. – jak mówi się potocznie – „zakontraktowanie świadczeń”⁶. Trafny jest zatem wniosek, iż Narodowy Fundusz Zdrowia jest w omawianym stosunku prawnym płatnikiem usług medycznych realizowanych przez świadczeniodawcę, stąd też zwykło mówić się, iż Fundusz „kupije świadczenia”.

Dla pełnego zrozumienia analizowanego tematu należy również wskazać na treść art. 19 ustawy o świadczeniach, który w ust. 1 wskazuje, iż „w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie”. Zaś art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach, do którego odwołuje się ustawodawca w treści art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach, statuuje, iż „świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń”.

Z uwagi na fakt, iż ustawodawca sformułował w przepisie art. 5 pkt 33 ustawy o świadczeniach definicję „stanu nagłego”, a piśmiennictwo i judykatura wielokrotnie podejmowały się analizy przesłanek wystąpienia stanu nagłego, to autor ograniczy

³ I. Kowalska-Mańkowska, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, K. Urban, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 934.

⁴ Art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach zawiera katalog osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w tej ustawie.

⁵ I. Kowalska-Mańkowska, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, K. Urban, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 936.

⁶ A. Pietraszewska-Macheta, *Kontraktowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przepisy, praktyka i orzecznictwo*, Warszawa 2014, s. 270.

się w tym miejscu wyłącznie do wskazania, iż stan ten obejmuje przypadki, w których zachodzi niemożność przesunięcia w czasie pomocy lekarskiej mogącej – według wiedzy i doświadczenia medycznego – zapobiec powstaniu u pacjenta niekorzystnych skutków dla jego życia i zdrowia⁷.

III. Finansowanie przeszczepów a brak umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Jako iż przedmiotem niniejszych rozważań jest finansowanie przeszczepów, w sytuacji braku zawartej z oddziałem wojewódzkim Funduszu⁸ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, to w kontekście przywołanego już brzmienia art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach, istotne pozostaje brzmienie art. 24 tej samej ustawy, który wprost wyłącza w stosunku do świadczeń w zakresie przeszczepów stosowanie art. 19 oraz art. 21–23 ustawy o świadczeniach.

W tym miejscu wskazać należy, iż w art. 24 ustawy o świadczeniach ustawodawca zawarł sformułowanie „świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów”. Wobec powyższego wyjaśnienia wymaga, iż świadczenia z zakresu przeszczepów udzielane są na podstawie zawartej z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach świadczeń wysokospecjalistycznych.

Świadczeniami wysokospecjalistycznymi są świadczenia opieki zdrowotnej lub procedura medyczna spełniające łącznie dwa kryteria. Pierwszym jest fakt, iż udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia, zaś drugim kryterium jest wysoki koszt jednostkowy świadczenia⁹.

Celem lepszego zrozumienia analizowanego tematu – który przy wielości przytaczanych przepisów może sprawiać wrażenie skomplikowanego – przypomnieć należy, iż art. 19 ustawy o świadczeniach dotyczy udzielania świadczeń w stanach nagłych¹⁰, zaś art. 21–23 tej samej ustawy, to regulacje formułujące zasady i procedurę ustalania kolejności dostępu do świadczeń na podstawie tzw. list (kolejek) oczekujących.

Ratio legis art. 24 ustawy o świadczeniach (wyłączającego w omawianych okolicznościach stosowanie art. 19 i 21–23 ustawy o świadczeniach) stanowią przepisy ustawy o przeszczepianiu, które zawierają odrębną od ustawy o świadczeniach regulację w przedmiocie warunków i zasad prowadzenia list oczekujących na przeszczep oraz zasad wyboru potencjalnego biorcy, co zdaje się być właściwym rozwiązaniem.

⁷ T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2007, s. 107.

⁸ Zgodnie z treścią art. 96 ust. 2 i 6 zd. 1 ustawy o świadczeniach, w skład Funduszu wchodzi centrala Funduszu i oddziały wojewódzkie Funduszu; oddziały wojewódzkie Funduszu tworzone są zgodnie z podziałem terytorialnym państwa.

⁹ Art. 5 pkt 39 ustawy o świadczeniach.

¹⁰ Na mocy art. 19 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie, zaś w przypadku, gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie.

Na mocy delegacji ustawowej zawartej w art. 17 ust. 8 ustawy o przeszczepianiu obowiązuje jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie (Dz. U. 2009, poz. 1665), które w § 1 określa przedmiot regulacji obejmujący: sposób i tryb tworzenia oraz prowadzenia krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie, kryteria medyczne i sposób dokonywania wyboru potencjalnego biorcy oraz sposób informowania potencjalnych biorców o kolejności wpisu na listę.

Ewentualne wątpliwości mogą wiązać się z przywołanym już w niniejszym opracowaniu brzmieniem art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach, który dotyczy sytuacji dokonywania rozliczania udzielonych świadczeń, przez świadczeniodawcę, który nie podpisał umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia¹¹.

Należy w szczególności zauważyć, iż zgodnie art. 11 ust. 1 pkt 4 i 4a oraz art. 97 ust. 3 pkt 2b i art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach, świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy o świadczeniach, a zatem świadczenia wysokospecjalistyczne w szczególności obejmujące przeszczepy, finansowane są z budżetu państwa, z części, której dysponentem pozostaje minister właściwy do spraw zdrowia przekazujący Funduszowi dotację na ich rozliczenie ze świadczeniodawcami. Nie można pominąć informacji, iż sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, m.in. w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2014, poz. 1979 ze zm.; zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie finansowania”).

Na mocy przepisów § 3–5 rozporządzenia w sprawie finansowania, Narodowy Fundusz Zdrowia zobligowany jest do sporządzania miesięcznego sprawozdania z rozliczonych świadczeń wysokospecjalistycznych, w treści którego wskazuje podstawę prawną udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, a także liczbę oraz wartość świadczeń, w odniesieniu do poszczególnych świadczeń gwarantowanych, zbiorczo dla Narodowego Funduszu Zdrowia oraz oddzielnie dla każdego z oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia¹². Co istotne, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje Funduszowi dotacje w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprawozdania, o którym mowa w zdaniu poprzednim wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji. Ponadto warto wskazać, iż za datę przekazania dotacji uznaje się dzień obciążenia rachunku ministra właściwego do spraw zdrowia, zaś za datę przekazania świadczeniodawcy środków przez Fundusz uznaje się dzień obciążenia rachunku Funduszu.

Nadto odwołać należy się do treści art. 3 ust. 12 pkt 3 ustawy o przeszczepianiu, zgodnie z treścią którego, zwrotu podmiotowi leczniczemu kosztów w zakresie przeszczepu dokonuje Fundusz w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwartej na podstawie ustawy o świadczeniach. Uwzględniając zatem, iż w odniesieniu do zasad rozliczania świadczeń w zakresie przeszczepów jako właściwa została wskazana ustawa o świadczeniach, to rozstrzygając zagadnienie bezumownego świad-

¹¹ T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2007, s. 107.

¹² Jak stanowi art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach, świadczeniami gwarantowanymi są świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie (o świadczeniach).

czenia usług z zakresu przeszczepów przyjąć należy obowiązujące w tej mierze zasady wskazane w ustawie o świadczeniach.

Jak zostało powyżej wyjaśnione, wobec świadczeń z zakresu przeszczepów brak jest możliwości stosowania art. 19 ustawy o świadczeniach, którego stosowanie zostało wyłączone na mocy art. 24 ustawy o świadczeniach. Natomiast w przedmiotowej sytuacji – zatem dotyczącej udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów przy braku zawartej z Funduszem umowy – zastosowanie znajdzie art. 132 ust. 4 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym, „świadczenia opieki zdrowotnej nieokreślone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie”. Co istotne, przypadkami określonymi w ustawie (o świadczeniach), jest wskazany powyżej art. 19 tej ustawy, ale także sytuacje wynikające z przepisów innych ustaw, a konkretnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Skoro zatem stosowanie art. 19 ustawy o świadczeniach zostało w omawianych okolicznościach wyłączone wprost, uznać należy, iż przypadkami, o których mowa art. 132 ust. 4 będą sytuacje wskazane w art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, stąd koniecznym jest pochylenie się w tym miejscu nad ich brzmieniem.

W myśl art. 15 ustawy o działalności leczniczej, „podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”. Zaznaczenia w tym miejscu wymaga, iż w komentowanym przepisie mowa jest o osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia – zatem może to być każdy człowiek¹³. Jak słusznie przyjmuje się w piśmiennictwie, jest to więc kategoria znacznie szersza niż grupa osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynikająca z ustawy o świadczeniach¹⁴.

Zgodnie zaś z treścią art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, „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”.

Dla pełniejszego zrozumienia analizowanego tematu wskazać należy, iż przy braku zawartej z Funduszem umowy, świadczeniodawca, który nie zawarł z Funduszem umowy ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie udzielone w stanie nagłym, o czym stanowi art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa art. 19 ust. 4, świadczeniodawca składa wnioski do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.

Z powyższego płynie wniosek, iż wyłączenie stosowania art. 19 ustawy o świadczeniach w odniesieniu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie przeszczepów nie obejmuje art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 30 ustawy

¹³ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2014, s. 105.

¹⁴ *Ibidem*, s. 106.

o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a zatem normy wynikające z tych przepisów winny być brane pod uwagę w odniesieniu do finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych z zakresu przeszczepów udzielanych w sytuacjach niecierpiących zwłoki, z uwagi na zagrożenie utraty życia lub zdrowia, w warunkach braku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż możliwość rozliczenia z Funduszem tych świadczeń zależy od spełnienia przez świadczeniodawcę określonych przepisami prawa warunków, w szczególności wynikających z ustawy o przeszczepianiu¹⁵.

Niejako na marginesie rozważanych kwestii wskazać należy, iż zgodnie z treścią art. 3 ust. 8 ustawy o przeszczepianiu, „do kosztów przeszczepienia narządów, szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej zalicza się koszty:

- 1) koordynacji przeszczepienia;
- 2) transportu potencjalnego biorcy do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie;
- 3) identyfikacji i kwalifikacji potencjalnego biorcy do przeszczepienia;
- 4) wykonania zabiegu przeszczepienia;
- 5) leczenia po zabiegu przeszczepienia, przez okres ustalony w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

IV. Wnioski

Biorąc pod uwagę powyżej poczynioną analizę, wątpliwości budzić może wyłączenie stosowania do świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej art. 19 ustawy o świadczeniach w odniesieniu do finansowania świadczeń w zakresie przeszczepów, zaś konieczność respektowania w przedmiotowej sytuacji art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Jak wskazują komentatorzy, pojęcia zawarte w trzech wskazanych w poprzednim akapicie przepisach, w zasadzie dotyczą tych samych sytuacji¹⁶. Równocześnie istnieje jednak różnica w definicji stanu nagłego z art. 19 i przypadku niecierpiącego zwłoki z art. 30 – polega ona na zakresie niekorzystnych skutków dla życia i zdrowia pacjenta, którym ma zapobiec podejmowana w ich trakcie pomoc lekarska¹⁷. O ile w przypadku niecierpiącym zwłoki pomoc lekarska ma zapobiec nie tylko ciężkim, ale i lekkim niekorzystnym skutkom dla życia i zdrowia, o tyle w sytuacji stanu nagłego ma ona zapobiec już tylko poważnym niekorzystnym skutkom. Stąd w pojęciu „stanu nagłego” mieściłby się wyłącznie ciężki przypadek niecierpiący zwłoki, a poza jego zakresem pozostawałby lekki przypadek niecierpiący zwłoki¹⁸.

¹⁵ M. Śliwka, *Prawo pacjenta do świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 2, s. 44 i n.

¹⁶ I. Kowalska-Mańkowska, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, K. Urban, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 215.

¹⁷ Ibidem, s. 216.

¹⁸ M. Żelichowski, *Przypadek niecierpiący zwłoki a ubezpieczenie zdrowotne*, „Medycyna Praktyczna” 2007, nr 6.

Być może przyczyną wyłączenia art. 19 ustawy o świadczeniach, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielonych przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy z Funduszem jest wskazywany już w niniejszym opracowaniu argument, iż art. 19 dotyczy świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach, zaś dyspozycja art. 15 ustawy o działalności leczniczej obejmuje każdego człowieka, niezależnie od tego, czy jest uprawniony do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powyższe winno zagwarantować pacjentom realizację przysługującego im prawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej¹⁹.

Ponadto nie można w tym miejscu pominąć faktu, iż art. 19 ust. 2 ustawy o świadczeniach wskazując zakres pomocy udzielanej świadczeniobiorcy w stanie nagłym przez podmiot, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń wyraźnie statuuje, iż są to świadczenia udzielone „w niezbędnym zakresie”. Powyższe może rodzić pytanie czy w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów (zatem świadczeń wysokospecjalistycznych) możliwe – i zarazem zasadne – jest określenie ich „niezbędnego zakresu”? Należy przychylić się do poglądu wyrażonego przez A. Pietraszewską-Machetę, iż „świadczeniodawcy często określają wynagrodzenie za świadczenia zrealizowane bez zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do cen świadczeń proponowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Fundusz, co w istocie nie odpowiada dyspozycji tego przepisu, albowiem ceny skalkulowane przez Fundusz nie odnoszą się do rzeczywistego uzasadnionego kosztu świadczenia w konkretnych sytuacjach, których dotyczy roszczenie o zapłatę”²⁰. Jak dalej wskazuje ww. autorka, „ceny ustalone przez Fundusz są pewną średnią ustaloną w skali «makro» odnoszącą się do ogółu określonej grupy świadczeń i nie powinny stanowić podstawy do wypłaty takiego wynagrodzenia”²¹.

W świetle powyższego pozytywnie należy ocenić wskazane w art. 24 ustawy o świadczeniach wyłączenie stosowania art. 19 tej ustawy w odniesieniu do świadczeń obejmujących przeszczepy.

Uwzględniając powyżej poczynione uwagi powtórzyć należy, iż zasadą wyrażoną przez polskiego ustawodawcę jest realizacja – a w konsekwencji także rozliczanie – świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej regulowanej przepisami ustawy o świadczeniach, a jedynie jako swoisty wyjątek traktować należy możliwość rozliczania świadczeń bez uprzedniego zawarcia ww. umowy. Zaś w sytuacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów, w przypadkach niecierpiących zwłoki, z uwagi na zagrożenie utraty życia lub zdrowia, przy jednoczesnym braku zawartej z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowy mającej za przedmiot realizację świadczeń wysokospecjalistycznych z zakresu przeszczepów, nie istnieje możliwość ich rozliczenia na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach, zaś brane pod uwagę winny być normy art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

¹⁹ M. Śliwka, *Prawo pacjenta do świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 2, s. 44 i n.

²⁰ I. Kowalska-Mańkowska, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, K. Urban, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2015, s. 223.

²¹ *Ibidem*, s. 223.

Streszczenie

Zagadnienie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielonych przez podmioty lecznicze, które nie posiadają zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rodzić może liczne pytania, szczególnie, gdy świadczenia te udzielone zostały w sytuacji zagrożenia zdrowia czy nawet utraty życia. Bezsportnym jest, iż zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych pacjentów, jako nadrzędny cel działalności Funduszu znacząco wyprzedza kwestie finansowe szczególnie istotne dla podmiotów realizujących świadczenia opieki zdrowotnej. Powyższe nie neguje jednak konieczności uregulowania możliwości rozliczenia ww. świadczeń, co rodzi konieczność określenia zarówno podstaw prawnych, jak i okoliczności faktycznych takiego rozliczenia.

Słowa kluczowe: świadczenia opieki zdrowotnej, umowa o udzielanie świadczeń, świadczenia z zakresu przeszczepów, świadczeniodawca, rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej

Feasibility of financing grafting procedures with transplants supplied by health providers who are not under contract for rendering medical services

Summary

The issue of clearing health procedures, involving transplants provided by medical entities who are not under contract with the National Health Fund for rendering health services – may invite numerous questions, particularly when such services were performed in emergency, life-threatening circumstances, even involving actual loss of life. It is unquestionable that managing health needs of the patients constitutes the overriding objective of the Fund's activity, and is regarded as significantly more important than financial matters vital for the health entities concerned. It is, however, essential to settle the chances of clearing such procedures, creating the necessity of defining both legal grounds as well as circumstances of such clearances.

Key words: *health-care services, contract for medical activity, grafting procedures, health provider, clearance of health-care services*