

Kamila KOCĄDA

Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

## **Równość stron czy podporządkowanie w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**

### **Strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia, z uwagi na rozdział funkcji płatnika oraz świadczeniodawcy, realizuje przy udziale publicznych oraz komercyjnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą<sup>1</sup>. Proces kontraktowania tych świadczeń winno cechować istnienie jednolitych kryteriów wyboru świadczeniodawców oraz równe ich traktowanie przy ubieganiu się o kontrakt<sup>2</sup>. Obecnie trudno już mówić o faworyzowaniu przez płatnika którejkolwiek z kategorii świadczeniodawców, jednakże wymogi formalne w zakresie organizacji udzielania świadczeń prowadzą do pewnego podziału rynku usług medycznych. Podmiotom leczniczym – przedsiębiorcom łatwiej bowiem sprostać wymogom płatnika w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej niż w rodzaju całodobowych świadczeń szpitalnych, gdzie kryteria, dotyczące zwłaszcza zasobów sprzętowych, spełniają przede wszystkim wysokospecjalistyczne ośrodki publiczne<sup>3</sup>. Problematyka różnicowania pozycji świadczeniodawców z uwagi na ich publiczny bądź nie charakter była przedmiotem analizy Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który oceniał, czy w postępowaniach konkursowych płatnik świadczeń gwarantowanych preferuje podmioty publiczne<sup>4</sup>. W pewnych wypadkach uznano dopuszczalność tego rodzaju różnicowania, uzasadniając to charakterem i zakresem świadczonych usług oraz skalą działalności<sup>5</sup>. Kontrahentem płatnika świadczeń gwarantowanych może zatem stać się każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, pod warunkiem sprostania rozbudo-

---

<sup>1</sup> M. Śliwka, *Standard świadczeń zdrowotnych*, System Informacji Prawnej LEX Ochrona Zdrowia nr 97620, s. 1 i n.

<sup>2</sup> Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 27 lutego 2012 r., VI SA/Wa 1854/11, LEX nr 1146202.

<sup>3</sup> Określenie warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach i zakresach działalności leczniczej zawierają stosowne zarządzenia Prezesa NFZ, wydane w oparciu o delegację zawartą w przepisie art. 102 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027 j.t.

<sup>4</sup> D. Brzezińska-Grabarczyk, *Nadużywanie pozycji dominującej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na przykładach decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta*, wyd. ABC nr 127208, s. 5.

<sup>5</sup> Ibidem, s. 5.

wanym wymogom donośnie warunków realizacji świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Postępowanie o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego stanowi swoistą kombinację wszystkich trybów zawierania umów, o których mowa w ramach Kodeksu cywilnego<sup>6</sup>. Wszystkie etapy zawierania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są wzorowane na zasadach prawa cywilnego<sup>7</sup>. Postępowanie to cechują także typowe dla prawa cywilnego instytucje takie jak chociażby oferta, zaś wybór świadczeniodawcy jest wyborem najkorzystniejszej z ofert<sup>8</sup>. Zawarta w wyniku tego postępowania umowa jest umową nazwaną, która została stypizowana poprzez jej dokładne określenie w stosownych przepisach rangi ustawowej<sup>9</sup>. Ustawa określa zatem zarówno *essentialia negotii* umowy, jak i tryb jej zawarcia<sup>10</sup>. W orzecznictwie wskazuje się, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest elementem szerszego stosunku prawnego ubezpieczenia zdrowotnego. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego polega na realizacji świadczenia na rzecz osoby trzeciej – świadczeniobiorcy, którego ze świadczeniodawcą nie łączy stosunek umowny<sup>11</sup>. W świetle obowiązującego ustawodawstwa umowa ta może być zawarta, co do zasady, wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań<sup>12</sup>. Procedur konkursu ofert i rokowań nie stosuje się, m.in., do zawierania umów ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej<sup>13</sup>.

<sup>6</sup> A. Paszkowski, *Glosa do postanowienia NSA z dnia 14 lutego 2007 r., II GSK 330/06*, LEX nr 119671.

<sup>7</sup> Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 15 grudnia 2009 r., VI SA/Wa 1827/09, LEX nr 583579.

<sup>8</sup> A. Pietraszewska-Macheta, *Charakterystyka oferty w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wyd. ABC, System Informacji Prawnej LEX nr 101077, s. 1.

<sup>9</sup> A. Pietraszewska-Macheta, *Charakter prawny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, wyd. ABC, System Informacji Prawnej LEX nr 100719, s. 1 i n.

<sup>10</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484.

<sup>11</sup> Art. 2 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027 j.t. Por. także: T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wyd. ABC, 2007, s. 10; K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, wyd. ABC, 2010, s. 345; za koncepcją umowy na rzecz osoby trzeciej wypowiedział się Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 27 kwietnia 2001 r., III CZP 5/01, OSNC 2001, nr 11, poz. 161; odmiennie stanowisko – wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 maja 2006 r., I CSK 82/06, LEX nr 395249.

<sup>12</sup> Art. 132 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027 j.t.

<sup>13</sup> A. Paszkowski, *Procedura kontraktowania świadczeń – szczegółowy przebieg*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX Ochrona Zdrowia nr 138949, s. 1.

## Pozycja płatnika – pozycja świadczeniodawcy

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydaje się mieć cechy umowy adhezyjnej, rozumianej jako stosunek obligacyjny, którego najważniejsze warunki określa jeden z kontrahentów, często będący monopolistą, podczas gdy drugiej stronie umowy pozostaje akceptacja warunków i treści zaproponowanych przez ekonomicznie silniejszą stronę, ewentualnie decyzja o niezawieraniu umowy na zaproponowanych warunkach<sup>14</sup>. W procesie kontraktowania płatnik posługuje się ogólnymi warunkami umów, których treść wynika z załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>15</sup>. Świadczeniodawca, chcąc zawrzeć umowę z płatnikiem, musi podporządkować się z góry określonym przez niego warunkom. Stopień uciążliwości wymogów stawianych świadczeniodawcom był przedmiotem analiz w kontekście czynów nieuczciwej konkurencji<sup>16</sup>. Za wykorzystywanie przez płatnika pozycji dominującej uznano dla przykładu określanie maksymalnej wartości przedmiotu zamówienia przy jednoczesnym wskazywaniu oczekiwanej liczby zakontraktowanych świadczeń<sup>17</sup>. Wskutek powyższego cena, która powinna pokrywać co najmniej uzasadnione koszty świadczenia opieki zdrowotnej, okazywała się być rażąco niską<sup>18</sup>. Za uciążliwe warunki umowne uznano także przerzucanie na podmiot leczniczy ryzyka obniżenia składki na ubezpieczenie zdrowotne<sup>19</sup>. Ponadto powszechnie wiadomym jest, że w bardzo wielu przypadkach procedury medyczne z tzw. koszyka świadczeń są niedoszacowane. Trudności w zakresie właściwej organizacji udzielania świadczeń w sposób odpowiadający realnym potrzebom zdrowotnym społeczeństwa wiążą się również z trybem podziału środków finansowanych służących realizacji tych celów w skali kraju. W świetle ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (dalej: u.ś.o.z.), jako podstawowe kryterium podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie NFZ stosuje się liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu<sup>20</sup>. W doktrynie wskazuje się na niedogodności związane z trybem tego rodzaju, który implikuje istnienie skomplikowanego algorytmu rozliczeń i rodzi konieczność prowadzenia szeregu czynności o charakterze administracyjnym, co nie eliminuje trudności w ustaleniu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w skali kraju<sup>21</sup>.

<sup>14</sup> Por. W. Czachórski, A. Brzozowski, M. Safjan, E. Skowrońska-Bocian, *Zobowiązania*, wyd. Lexis Nexis, s. 149 i n.

<sup>15</sup> § 5 i n. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484.

<sup>16</sup> D. Brzezińska-Grabarczyk, op. cit., s. 2 i n.

<sup>17</sup> Ibidem, s. 4.

<sup>18</sup> D. Brzezińska-Grabarczyk, op. cit., s. 5.

<sup>19</sup> Ibidem, s. 2 i n.

<sup>20</sup> Art. 119 u.o.ś.o.z., szczegółowe zasady w tym zakresie określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17.11.2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, Dz. U. 2009, Nr 193, poz. 1495.

<sup>21</sup> A. Pietraszewska-Macheta, *Szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 10285, s. 1 i n.

Istotnym ograniczeniem w zakresie swobody zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest zakaz sformułowany w przepisie artykułu 132 ust. 3 u.ś.o.z., zgodnie z którym nie jest dopuszczalne zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. W doktrynie zauważa się, że z brzmienia powołanego przepisu wynika, że ograniczenie to dotyczy wyłącznie świadczeniodawcy, który jest osobą fizyczną i jednocześnie wykonuje jeden z ww. zawodów medycznych, co w praktyce ogranicza krąg podmiotów objętych zakazem do wspólników spółek cywilnych lub innych osób fizycznych, wykonujących działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, praktykę zawodową lub działalność gospodarczą w rozumieniu art. 5 pkt 41 lit. b u.ś.o.z.<sup>22</sup> Powołany zakaz dotyczy jednak również podwykonawców świadczeń opieki zdrowotnej i oznacza, że świadczeniodawca nie może zlecać wykonywania usług będących przedmiotem umowy z NFZ osobom realizującym bezpośrednio umowę z tym płatnikiem<sup>23</sup>. Sankcją za naruszenie powyższego zakazu jest rozwiązanie umowy o udzielanie świadczeń po uprzednim wezwaniu przez Fundusz do usunięcia tego uchybienia, w którym określa on termin na jego usunięcie<sup>24</sup>.

W toku realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej płatnik ma możliwość nakładania kar umownych, który to instrument przysługuje wyłącznie jemu jako jednej ze stron umowy. Dysponuje on także rozbudowanym systemem kontroli w zakresie sposobu realizacji przez świadczeniodawcę umowy, w szczególności odnośnie organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich dostępności, czy przestrzegania zasad dotyczących wystawiania recept<sup>25</sup>. Na mocy ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*, NFZ zyskuje uprawnienie do nieograniczonej kontroli świadczeniodawców<sup>26</sup>. Zgodnie bowiem z przepisem art. 5 powołanej ustawy, do kontroli świadczeniodawców dokonywanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych nie stosuje się ograniczeń w zakresie maksymalnej liczby i czasu trwania kontroli, zawartych w ustawie *o swobodzie działalności gospodarczej*<sup>27</sup>.

Niewykonanie bądź nienależyte wykonanie zobowiązania może skutkować powstaniem dwojakiego rodzaju sankcji – bądź nałożeniem na świadczeniodawcę kar

<sup>22</sup> A. Pietraszewska-Macheta, *Praktyczne aspekty funkcjonowania zakazu określonego w art. 132 ust. 3 i art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 103880, s. 2.

<sup>23</sup> Ibidem, s. 3.

<sup>24</sup> A. Paszkowski, *Zakaz z art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 149825, s. 5.

<sup>25</sup> A. Pietraszewska-Macheta, *Kontrola realizacji świadczeń i rozliczanie wyników kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Tryb postępowania*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 94632, s. 4 i n.

<sup>26</sup> Dz. U. 2014, poz. 1138.

<sup>27</sup> Art. 82 i 83 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. *o swobodzie działalności gospodarczej*, Dz. U. 2013, poz. 672 ze zm.

umownych, bądź koniecznością zwrotu przez niego środków finansowych, które zostały nienależnie wypłacone<sup>28</sup>. Dodatkowo Fundusz ma ułatwioną możliwość egzekwowania sankcji z uwagi na prawo potrącenia wierzytelności z należności przysługującej mu wobec świadczeniodawcy<sup>29</sup>. W określonych przypadkach może dojść do zbiegu sankcji, albowiem to samo działanie świadczeniodawcy może stanowić jednocześnie podstawę do sformułowania wezwania do zwrotu nienależnych środków finansowych oraz podstawę do nałożenia kary umownej z tego tytułu<sup>30</sup>. Nienależyte wykonywanie umowy przez świadczeniodawcę w kontekście rozbudowanych wymogów związanych z organizacją udzielania świadczeń może rodzić sankcje w sytuacjach m.in. udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione, w pomieszczeniach nieodpowiadających wymogom fachowym lub sanitarnym, bez wymaganego sprzętu i aparatury medycznej itp.<sup>31</sup> Wysokość kary umownej ustalana jest z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz według rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości<sup>32</sup>. W toku kontroli udzielania świadczeń badane są także kwestie związane z zasadnością zastosowanej ordynacji lekarskiej w kontekście wskazań refundacyjnych i właściwie udokumentowanej diagnozy medycznej, która ma ją należycie uzasadniać. Dlatego też w doktrynie podkreśla się, że prawidłowa ordynacja lekarska powinna być nie tylko zgodna ze wskazaniami refundacyjnymi, ale również właściwie udokumentowana w dokumentacji medycznej pacjenta<sup>33</sup>.

### **Wybrane aspekty sposobu realizacji przez płatnika umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej**

W kontekście omówionych powyżej sankcji, jakie może ponieść świadczeniodawca z tytułu nienależytego wykonywania zawartej z płatnikiem umowy, pojawia się pytanie, czy sam płatnik wykonuje ją należycie w każdym wypadku, a jeśli nie, to czy ponosi z tego tytułu odpowiedzialność. Według stanowiska Sądu Najwyższego, płatnik ma prawo i obowiązek ustalania maksymalnej ilości środków finansowych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>34</sup>. Każdy przypadek przekroczenia przez świadczeniodawcę limitów ustalonych w danej umowie należy oceniać jako działanie pozaumowne, zaś sfinansowanie tego rodzaju świadczeń możliwe jest w sytuacji, gdy płatnik dysponuje wolnymi środkami<sup>35</sup>. Konstrukcja limitów wiąże się z koniecznością

<sup>28</sup> Ibidem, s. 5.

<sup>29</sup> Paragraf 29 ust. 5 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484.

<sup>30</sup> A. Paszkowski, *Kara umowna w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 147060, s. 3 i n.

<sup>31</sup> K. Słodka, *Postępowanie w przypadku nienależytego wykonywania lub niewykonywania umowy o udzielaniu świadczeń zdrowotnych*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 72213, s. 2 i n.

<sup>32</sup> Ibidem, s. 3.

<sup>33</sup> A. Pietraszewska-Macheta, *Kontrola ordynacji lekarskiej*, wyd. ABC System Informacji Prawnej LEX nr 177382, s. 3 i n.

<sup>34</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03, LEX nr 176074.

<sup>35</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2005 r., III CK 345/04, LEX nr 197617.

udzielania świadczeń w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego według kolejności zgłoszenia się pacjentów, z uwagi na co świadczeniodawcy do zabiegów planowanych umieszczają świadczeniobiorców na listach oczekujących<sup>36</sup>. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym<sup>37</sup>. Należy jednak zwrócić uwagę na określony sposób dokonywania przez NFZ zapłaty za zrealizowane przez świadczeniodawcę procedury medyczne. Płatnik ten, realizując umowy w rodzaju leczenia szpitalnego i dokonując płatności za udzielone świadczenia w każdym okresie sprawozdawczym, w pierwszej kolejności realizuje zapłatę za świadczenia ratujące życie, zaś w następnej kolejności za świadczenia ratujące zdrowie. System informatyczny, na podstawie którego dokonywane są sprawozdania raportów statystycznych i wykonywane płatności, uniemożliwia świadczeniodawcy przedstawienie do zapłacenia za świadczenia określone przez NFZ jako planowe przed świadczeniami określanymi jako ratujące życie. W świetle powołanej uprzednio regulacji przepisu art. 19 ustawy o świadczeniach, Fundusz winien ponosić koszty świadczeń nagłych, ratujących życie, nawet przy braku umowy. Wydaje się oczywistym, iż kolejność zapłaty za świadczenia nie powinna sprowadzać się do zapłaty za procedury wybrane według arbitralnie narzuconych przez płatnika kryteriów. Według ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania wobec świadczeniodawcy określonej w umowie<sup>38</sup>. Brak w tym miejscu jakichkolwiek odniesień do tego, że któreś ze świadczeń mają być finansowane w innej kolejności niż pozostałe, czyli poprzez finansowanie w pierwszej kolejności świadczeń ratujących życie, a następnie zdrowie. Oznacza to, iż finansowanie świadczeń winno być dokonywane według kolejności ich udzielania. Zatem w danym okresie sprawozdawczym Fundusz winien płacić także za zabiegi określone przez siebie jako planowe. Natomiast jeżeli po nich zostały udzielone świadczenia określone jako nagłe, to winny być one sfinansowane nie tylko w ramach kwoty limitu, ale niezależnie od jego istnienia<sup>39</sup>. Stosując opisany system rozliczeń umowy, Fundusz dokonuje swobodnego wybierania świadczeń, za które zamierza zapłacić. Nakazuje on świadczeniodawcy przedstawianie do zapłaty świadczeń określanych przez siebie jako ratujące życie, zaś w odniesieniu do innych świadczeń, jeżeli z uwagi na dużą liczbę tych pierwszych następuje wyczerpanie kwoty limitu na dany okres sprawozdawczy, odmawia zapłaty. Płatnik w ten sposób uniemożliwia świadczeniodawcy realizację jego obo-

<sup>36</sup> Art. 20 u.o.ś.o.z.

<sup>37</sup> Dotyczy to także przypadków udzielenia świadczenia po przekroczeniu umownych limitów, art. 19 u.o.ś.o.z. W praktyce problemy rodzi wzajemna relacja powołanego przepisu oraz przepisów: art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*, Dz. U. 2013, poz. 217 i art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentystry*, Dz. U. 2011.277.1634 j.t.) z uwagi na różnice terminologiczne w zakresie przesłanek odroczenia lub zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego w określonych tam przypadkach.

<sup>38</sup> Paragraf 14 ust. 1 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484.

<sup>39</sup> Art. 19 ust. 4 u.o.ś.o.z.



wiązków ustawowych, ale również umownych<sup>40</sup>. Obowiązek stosowania się do reguł sprawozdawczości w tym zakresie wynika z zarządzeń ws. określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych<sup>41</sup>. Z kolei w Komunikatach dla świadczeniodawców dotyczących zasad przypisywania do faktury świadczeń opieki zdrowotnej wskazuje się na świadczenia niezbędnie konieczne dla ratowania życia i zdrowia ludzkiego, czyli tzw. „nagle” niezależnie od tytułu ubezpieczenia lub uprawnień do świadczeń oraz od trybu przyjęcia. Ich zakres obejmuje nie tylko leczenie urazów i konsekwencji wypadków, ale także przypadki nagłego zachorowania lub istotnego pogorszenia stanu zdrowia osoby przewlekle chorej oraz świadczenia związane z ciążą, porodem lub położeniem. Sposób dokonywania zapłaty w oparciu o powyższe zasady prowadzi zatem do tego, iż NFZ finansuje w pierwszej kolejności świadczenia określone przez siebie jako ratujące życie, choć umowa obliguje go do finansowania także świadczeń ratujących zdrowie. W Komunikatach dla świadczeniodawców dotyczących zasad przypisywania do faktury świadczeń opieki zdrowotnej wyraźnie zaznaczono, iż system informatyczny sprawdzi, czy świadczeniodawca wskazał w danym okresie rozliczeniowym do rozliczenia najpierw wszystkie świadczenia określone jako ratujące życie, a dopiero później umożliwi mu przedstawienie do rozliczenia pozostałe świadczenia. Takie działanie Narodowego Funduszu Zdrowia można traktować jako sprzeczne z umową, skoro zobowiązany jest on do zapłaty w ramach limitów za każde świadczenie, a dopiero w trakcie realizacji umowy dokonuje zapłaty przede wszystkim za świadczenia, które winien finansować niezależnie od istnienia tych limitów. Wydaje się zatem, iż płatnik, wykorzystując swoją pozycję rynkową, narzuca świadczeniodawcy sposób realizacji umowy i obciąża go koniecznością dochodzenia roszczeń z tytułu udzielonych ponad limity świadczeń. Z pewnością zajmuje także silniejszą pozycję względem swego kontrahenta, jako że w świetle opisanych rozwiązań ustawowych, świadczeniodawca ma w stosunku do płatnika niewiele do powiedzenia<sup>42</sup>.

Rynek świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest coraz bardziej otwarty na świadczeniodawców nie tylko publicznych, jednocześnie pozostając niezmiennym, jeśli chodzi o drugą stronę umowy<sup>43</sup>. Bez względu bowiem na nomenklaturę – Kasy Chorych czy NFZ i pomijając wysokospecjalistyczne świadczenia finansowane przez Ministerstwo Zdrowia czy Poltransplant, płatnik jest tylko jeden<sup>44</sup>.

---

<sup>40</sup> Obowiązki ustawowe świadczeniodawcy w tym zakresie wynikają z przepisu art. 15 ustawy o działalności leczniczej, natomiast w zakresie obowiązków umownych rygor kary umownej wynika z paragrafu 30 ust. 1 pkt 1 lit. d załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. 2008, Nr 81, poz. 484.

<sup>41</sup> Zarządzenie Nr 103/2012/DSOZ Prezesa NFZ z 24.12.2012 r. ws. określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, por. także: komunikaty dla świadczeniodawców dotyczących zasad przypisywania do faktury świadczeń opieki zdrowotnej, źródło: [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl).

<sup>42</sup> D. E. Lach, *Problem odpłatności za ponadlimitowe świadczenia zdrowotne*, w: *Studia i analizy Sądu Najwyższego*, red. K. Ślęzak, W. Wróbel, t. 2, Warszawa 2008, s. 201.

<sup>43</sup> Por. omówienie założeń reformy NFZ w: A. Paszkowski, *Założenia reformy NFZ*, wyd. ABC 2013, System Informacji Prawnej LEX nr 166161, s. 1.

<sup>44</sup> T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wyd. ABC 2007, s. 24.

Musi to w konsekwencji powodować określony sposób organizacji udzielania świadczeń, jednocześnie stanowiąc mimo wszystko pokusę do narzucania cen i warunków umów w sytuacji braku realnego wyboru jakiegokolwiek alternatywy w postaci innego finansującego świadczenia. Wydaje się także, że tylko do pewnego momentu zmiany mogą być wynikiem odmiennego sposobu organizacji udzielania świadczeń, skoro źródło ich finansowania pozostanie jedno i to samo<sup>45</sup>. Sam fakt zawierania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia przy udziale osoby ustawowej, której celem jest należyte dysponowanie środkami publicznymi nie uzasadnia chyba realizacji procedur medycznych poniżej ich kosztów lub z przekroczeniem limitów w sytuacji, gdy konieczne jest udzielenie świadczenia w sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Podsumowaniem tych rozważań może być retoryczne dla autorki pytanie: czy leczenie powinno, czy tylko może się opłacać?

### Streszczenie

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia, z uwagi na rozdział funkcji płatnika oraz świadczeniodawcy, realizuje przy udziale publicznych oraz komercyjnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Proces kontraktowania tych świadczeń winno cechować istnienie jednolitych kryteriów wyboru świadczeniodawców oraz równe ich traktowanie przy ubieganiu się o kontrakt.

Rynek świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest coraz bardziej otwarty na świadczeniodawców nie tylko publicznych. Musi to w konsekwencji powodować określony sposób organizacji udzielania świadczeń, jednocześnie stanowiąc mimo wszystko pokusę do narzucania cen i warunków umów w sytuacji braku realnego wyboru jakiegokolwiek alternatywy w postaci innego finansującego świadczenia.

### *Equality of the parties or subordination agreements for the provision of patient care in the public health insurance*

#### *Summary*

*Health care benefits financed from public funds by the National Health Fund, due to the separation of functions of the payer and the provider, are carried out with the participation of public and commercial entities, performing medical activities. The process of contracting these benefits should emphasise the existence of uniform criteria for the selection of providers, and their equal treatment when applying for a contract. The market of health care services, financed from public funds is increasingly open to service providers, and not only the public ones. It must, in consequence, result in specific organizational manner of benefits' provision, yet at the same time leading into temptation of imposing prices and conditions of contracts, in the absence of a real choice of any other, alternative source of financing the services.*

<sup>45</sup> Por. D. E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, LEX 2011, s. 72.