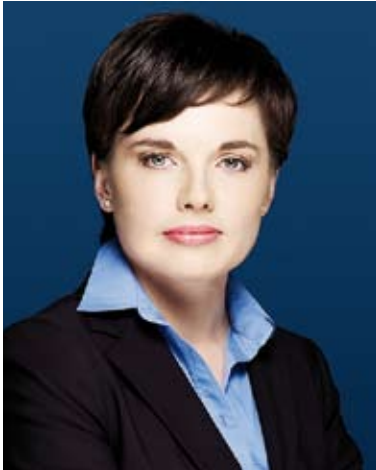


# Czy samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą pobierać opłaty od pacjentów?



mec. Anna Kowalczyk-Pogorzelska

Zgodnie z art. 44 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, a więc samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki budżetowe, udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Omawiany przepis nie prowadzi do żadnych racjonalnych wniosków. Wymienia on wszystkie możliwe warianty sytuacji związanych z opłatami. W jednym zdaniu informuje, że świadczenia zdrowotne dla wskazanych kategorii pacjentów mogą być udzielane nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Tak sformułowana norma prawna może implikować niezwykle istotne skutki, w tym może być podstawą do formułowania niemalże dowolnych wniosków. Przepis

Opłaty za świadczenia zdrowotne udzielane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej to nadal jeden z kluczowych problemów systemu opieki zdrowotnej. Aktualne pozostają pytania o to, jakie rodzaje opłat za świadczenia zdrowotne i w jakich sytuacjach mogą pobierać szpitale, a także czy i jakie różnice zachodzą w zakresie dopuszczalności pobierania opłat między samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej a podmiotami leczniczymi będącymi przedsiębiorcami.

ten z pewnością jednak nie zabrania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej udzielać świadczeń zdrowotnych odpłatnie, a wręcz przeciwnie udzielanie takich świadczeń wprost dopuszcza.

## Odpłatna działalność na podstawie umów cywilnoprawnych

Czy zatem kolejne przepisy ustawy o działalności leczniczej regulują kwestie odpłatności świadczeń zdrowotnych w sposób bardziej precyzyjny? Według art. 55 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Odpłatna działalność lecznicza, o której mowa w przytoczonym przepisie, to udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych. Są to „umowy dotyczące odpłatnych świadczeń zdrowotnych”, o których mowa w art. 55 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Zatem art. 55 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej stanowi wyraźną podstawę do udzielania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej komercyjnych świadczeń

zdrowotnych. Umowy cywilnoprawne mające normatywną podstawę w tym przepisie mogą być zawierane bezpośrednio z pacjentami, jak też z podmiotami zbiorowymi.

Przepisy ustawy o działalności leczniczej w zakresie opłat za świadczenia zdrowotne wymagają również odniesienia do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tą ustawą świadczeniobiorcy mają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w tej ustawie. Osobom objętym ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mogą być jednak udzielane świadczenia zdrowotne nie tylko w systemie tej ustawy, ale także poza jej systemem. Właściwie ujęte to zostało w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 26 lipca 2007 roku (VII SA/Wa 807/07), w którym sąd stwierdził, że „Żaden przepis ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie przyznaje osobom objętym jej działaniem prawa do żądania zwrotu środków poniesionych na opiekę zdrowotną poza systemem tej ustawy.” Zatem osoby objęte działaniem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, będące świadczeniobiorcami w rozumieniu tej ustawy, mają nie tylko prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych przez danego świadczeniodawcę w ramach kontraktu z NFZ. Mają oni również pra-

wo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza systemem tej ustawy. W takiej sytuacji pacjent jako usługobiorca zawiera umowę cywilnoprawną z podmiotem leczniczym jako usługodawcą.

## Zakaz opłat

Jedynym przepisem, który wprowadza bezpośredni zakaz pobierania od pacjentów opłat za świadczenia zdrowotne jest art. 193 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który zakaz ten odnosi wyłącznie do świadczeń zdrowotnych objętych kontraktem zawartym z NFZ. Zgodnie z tym przepisem ten, kto pobiera od ubezpieczonych nienależne opłaty za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, podlega karze grzywny wymierzonej w trybie Kodeksu o postępowaniu w sprawach o wykroczenia. Pośredni zakaz pobierania opłat od pacjentów wynika również z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Ten przymus ustawowy w równej mierze odnosi się do wszystkich podmiotów leczniczych, a więc zarówno do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jak również do podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami. Również zakaz pobierania opłat wynikający z art. 193 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowot-

## Anna Kowalczyk-Pogorzelska

Radca prawny w kancelarii Miller Canfield, W. Babicki, A. Chełchowski i Wspólnicy Sp. k. Współpracuje z biurem warszawskim Kancelarii od roku 2000. Specjalizuje się w prawie obrotu nieruchomości, prawie administracyjnym i prawie medycznym. Jej szczególne zainteresowania dotyczą ubezpieczeń medycznych i postępowania w sprawie orzekania o zdarzeniach medycznych. Zaangażowana we współpracę z Polską Federacją Szpitali.

Kontakt: [kowalczyk@pl.millercanfield.com](mailto:kowalczyk@pl.millercanfield.com)



nej finansowanych ze środków publicznych, odnosi się do każdego, kto chciałby pobierać opłatę za świadczenie, które jest finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a więc nie tylko do SP ZOZ, ale także do każdego podmiotu leczniczego będącego przedsiębiorcą, związanego kontraktem z NFZ.

Powstaje jednak wątpliwość, kiedy dochodzi do sytuacji, w której SP ZOZ może w sposób całkowicie legalny pobierać opłaty od pacjentów. Należy uznać, że sytuacja taka ma miejsce wtedy, gdy świadczenie opieki zdrowotnej nie jest objęte kontraktem z NFZ i nie jest udzielane w stanie zagrożenia zdrowia i życia oraz kiedy podmiot leczniczy zrealizował już kontrakt z NFZ, a świadczenie zdrowotne nie służy ratowaniu zdrowia i życia. Kontrakty z NFZ zawierają nie tylko zakres świadczeń, do wykonania których zobowiązany jest szpital, ale także liczbę jednostek rozliczeniowych. Szpital, który „wyrobił” wszystkie punkty rozliczeniowe przewidziane w kontrakcie z NFZ jest uprawniony do pobierania opłat od pacjentów chcących uzyskać świadczenia zdrowotne. Świadczenia takie nie byłyby już bowiem objęte umową z NFZ. Wyjątkiem jest jedynie sytuacja udzielania pomocy medycznej w warunkach art. 15 ustawy o działalności leczniczej, który to przepis nakłada na podmioty lecznicze obowiązek niezwłocznego udzielenia pomocy medycznej ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Zakazane jest zatem pobieranie od pacjentów opłat za udzielone im świadczenia ponadlimitowe w sytuacji, gdy udzielone zostały one w tzw. stanach nagłych. Opisane powyżej zasady pobierania odpłatności od pacjentów dotyczą zarówno szpitali publicznych, jak i prywatnych w sytuacji, gdy zawarły one kontrakt z NFZ. Organy władzy publicznej nie mają więc jakichkolwiek podstaw do wydawania interpretacji, które prawo do pobierania takich opłat przyznawałyby jedynie prywatnym podmiotom leczniczym. Za błędne należałoby zatem uznać stanowisko Ministerstwa Zdrowia wyrażone w komunikacie z dnia 24 maja 2011 roku, w którym stwierdzono: „Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą (samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej oraz jednostka budżetowa) będzie mógł udzielać odpłatnie świadczeń zdrowotnych każdemu pacjentowi, o ile nie są to świadczenia gwarantowane. Podmiot wykonujący działalność leczniczą (np. w formie spółki handlowej), a zatem i dotychczasowy niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, jak i przekształcony samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej będą funkcjonować na podstawie Kodeksu spółek handlowych, będą miały swobodę w zakresie wykonywania odpłatnych świadczeń.” Stanowisko to budzi zasadnicze wątpliwości również ze względu na brak równego traktowania podmiotów leczniczych. Zgodnie z wyżej wymienionym komunikatem, decydujące znaczenie ma nie celowość wykorzystywania majątku publicznego, lecz forma prawna podmiotu. Brak jest jednak jakiegokolwiek uzasadnienia do przeprowadzenia w ten sposób podziału pomiędzy podmiotami leczniczymi. W szczególności, że znacząco osłabia to pozycję samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na rynku usług medycznych i powoduje, że często nie wykorzystują one w pełni swoich możliwości i potencjału w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

„Ten, kto pobiera od ubezpieczonych nienależne opłaty za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, podlega karze grzywny.”

**Usługi ponadstandardowe**  
Analiza kwestii pobierania opłat za świadczenia zdrowotne udzielane przez SP ZOZ nie może jeszcze pomijać problemu opłat za ponadstandardowe świadczenia zdrowotne rozumiane jako świadczenia jakościowo wyższe niż świadczenia zakontraktowane przez NFZ. Pobieranie opłat za tego rodzaju świadczenia nadal wywołuje kontrowersje. Korzystanie przez ubezpieczonych ze świadczeń opieki zdrowotnej o wyższej jakości należy jednak uznać za dopuszczalne w sytuacji, gdy ubezpieczony zamiast korzystać ze świadczenia finansowanego ze środków publicznych, opłaca świad-

czenie zdrowotne o wyższym standardzie. W takiej sytuacji nie mamy do czynienia z dopłatą do lepszej procedury medycznej niż procedura finansowana ze środków publicznych, ale z opłatą za świadczenie opieki zdrowotnej o wyższym standardzie udzielone poza świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi ze środków publicznych. Świadczenia zdrowotne o wyższym standardzie niż świadczenia zakontraktowane przez NFZ, to w pewnym znaczeniu świadczenia „inne” niż finansowane przez NFZ jako kontra-

henta umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach prawa pacjenta do udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych ubezpieczony może się zwrócić do świadczeniodawcy będącego kontrahentem NFZ o udzielenie świadczeń zdrowotnych o wyższym standardzie niż zakontraktowane przez NFZ. W takim przypadku poniesienie opłaty za udzielone świadczenie zdrowotne jest równoznaczne z rezygnacją z uprawnienia do zwrotu tej opłaty ze środków publicznych. Prawo pacjenta do udzielenia mu odpowiednich świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków prywatnych nie może być bowiem ograniczone standardami świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Tymczasem, zarówno Sąd Najwyższy, jak i Naczelny Sąd Administracyjny, opierając się na wykładni systemowej, przyjęły interpretację zakazującą, co do zasady, SP ZOZ-om pobierania opłat od pacjentów ubezpieczonych. Ta utrwalona interpretacja przepisów prawa była i jest właściwa tylko co do tych świadczeń, które NFZ ilościowo, zakresowo i przedmiotowo zakontraktował lub które NFZ musi pokryć z mocy prawa, a więc leczenie stanów nagłych lub zagrożenia życia. Jej rozszerzenie na usługi poza powyższym zakresem jest *de facto* odebraniem pacjentowi konstytucyjnego prawa ochrony

własnego zdrowia. Zakazując bowiem wykonywania wszystkich tych procedur, których NFZ nie finansuje, ogranicza się prawa pacjenta do ochrony swojego zdrowia jedynie do zakresu przewidzianego w „koszyku świadczeń gwarantowanych”. Wiadomym jest, że NFZ nie pokrywa liczby i zakresu świadczeń wynikających z realnych potrzeb chorych, ale jedynie taką ich liczbę i zakres, które są określone w „koszyku” i na które posiada środki finansowe. W takiej sytuacji pacjenci samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są skazani na korzystanie tylko z tych świadczeń, które gwarantuje im „koszyk”. Obecna interpretacja uderza więc bezpośrednio w pacjentów odbierając im możliwość opłacania świadczeń spoza „koszyka”, a tym samym możliwość ratowania swojego życia lub zdrowia. Zapisane w art. 38 i w art. 68 Konstytucji prawo każdego człowieka do ochrony zdrowia i życia nie może być jednak interpretowane jedynie w zakresie wyznaczonym przez ograniczony zbiór świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Należy również podkreślić, że podmiotowe prawo człowieka do ochrony własnego zdrowia nie może być ograniczane wobec iluzoryczności drugiego z jego praw konstytucyjnych, czyli prawa do równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych zapisanego w art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Podsumowując należy podkreślić, że przepisy ustawy o działalności leczniczej w powiązaniu z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowią normatywną podstawę ustalania i pobierania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej opłat od pacjentów za świadczenia zdrowotne nie objęte umową danego świadczeniodawcy zawartą z NFZ oraz nie objęte przymusem ustawowym. Rozgraniczenie świadczeń zdrowotnych objętych systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od świadczeń zdrowotnych udzielanych poza tą ustawą może nastąpić poprzez złożenie przez pacjenta stosownego oświadczenia woli o udzieleniu danego świadczenia na zasadach pełnej odpłatności oraz zawarcie umowy cywilnoprawnej. ■