

ZAWIERANIE UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Tamara Zimna

3. wydanie



ABC

a Wolters Kluwer business

ZAWIERANIE UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Tamara Zimna

3. wydanie



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2014

Stan prawny na 1 września 2014 r.

Wydawca
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący
Joanna Maź

Opracowanie redakcyjne
JustLuk

Łamanie
Wolters Kluwer

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych
Maciej Sadowski

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by
Wolters Kluwer SA, 2014

ISBN: 978-83-264-3441-9
3. wydanie

Wydane przez:
Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl
www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

———— SPIS TREŚCI ————

Wykaz skrótów	9
Wstęp	13
Rozdział 1	
System opieki zdrowotnej w Polsce	15
Rozdział 2	
Charakter prawny relacji między podmiotami uczestniczącymi w systemie	25
1. Charakter prawny stosunku pomiędzy ubezpieczonym a Funduszem	26
2. Charakter prawny stosunku pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcą	29
3. Charakter prawny stosunku pomiędzy ubezpieczonym a świadczeniodawcą	30
Rozdział 3	
Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	33
1. Charakter prawny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	33
2. Zastrzeżenie świadczenia na rzecz osoby trzeciej	37
3. Strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	40
3.1. Narodowy Fundusz Zdrowia	41
3.2. Świadczeniodawca	46
4. Podmiot leczniczy	48
5. Osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny	55
6. Grupowe praktyki lekarzy, pielęgniarek i położnych	60
7. Inne osoby fizyczne	65
8. Ograniczenia podmiotowe	67
9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych jako działalność gospodarcza	68
10. Elementy przedmiotowo istotne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	74
11. Przedmiot umowy	75
11.1. Świadczenie opieki zdrowotnej	75

11.2. Zakres świadczeń refundowanych w ramach kontraktu	81
11.2.1. Świadczenia zdrowotne finansowane z ubezpieczenia zdrowotnego	81
11.2.2. Świadczenia zdrowotne finansowane z budżetu państwa	95
11.2.3. Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków własnych	100
12. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	103
13. Zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami	111
14. Limitowanie świadczeń opieki zdrowotnej	119
15. Pozostałe obowiązki umowne	125
16. Ograniczenie swobody umów	126
17. Zasada jawności kontraktów z Funduszem	134
18. Tryb zawarcia umowy	139
18.1. Komisja konkursowa	142
18.2. Oferta	144
18.2.1. Konkurs ofert	149
18.2.2. Rokowania	151
18.2.3. Tryb uproszczony	155
19. Środki odwoławcze	157
20. Zmiana strony umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych	160
20.1. Zmiana podmiotu udzielającego zamówienia	161
20.2. Zmiana świadczeniodawcy	162
21. Odpowiedzialność kontraktowa z umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych	167
22. Kontrola i nadzór nad wykonaniem umowy	180
22.1. Nadzór Ministra Zdrowia	181
22.2. Nadzór Funduszu	186
23. Rozstrzyganie sporów wynikłych w trakcie wykonania umowy	195
24. Egzekucja wierzytelności z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	196

Rozdział 4

Umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne	199
1. Charakter prawny umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne	206
2. Strony umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne ..	207
2.1. Udzielający zamówienia na świadczenia zdrowotne	207
2.2. Przyjmujący zamówienie na świadczenia zdrowotne	210

3. Elementy przedmiotowo istotne umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne	216
4. Przedmiot umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne	217
5. Odpowiedzialność kontraktowa	218
6. Ogólne warunki obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie	220
7. Tryb udzielenia zamówienia	229
7.1. Oferta	231
7.2. Komisja konkursowa	233
8. Środki odwoławcze	234
9. Ograniczenie swobody kontraktowej stron umowy	235

Rozdział 5

Umowy o świadczenie usług medycznych	237
1. Umowa o świadczenie usług zamiast umowy o pracę	238
2. Umowa o świadczenie usług zawarta z pacjentem	244

Rozdział 6

Przedawnienie roszczeń z umów na świadczenia zdrowotne	247
Podsumowanie	253
Bibliografia	255
Wykaz orzecznictwa	265
Wykaz aktów prawnych	269

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

dyrektywa 2011/24/UE	–	dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24 z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 4.04.2011, s. 45, z późn. zm.)
k.c.	–	ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 121)
Konstytucja	–	Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)
k.p.	–	ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.)
k.p.c.	–	ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 101 z późn. zm.)
k.s.h.	–	ustawa z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 1030 z późn. zm.)
ogólne warunki	–	ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484)
r.s.o.z.u.	–	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

	zapraszania do udziału w rokovaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719)
u.d.l.	– ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.)
u.n.f.z.	– ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.)
u.p.d.o.f.	– ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 361 z późn. zm.)
u.p.p.	– ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.)
u.p.s.	– ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: z 2013 r. poz. 182 z późn. zm.)
u.r.l.w.m.	– ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.)
u.s.d.g.	– ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 672 z późn. zm.)
u.ś.o.z.	– ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
u.u.o.	– ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 392 z późn. zm.)
u.z.l.	– ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.)

u.z.o.z.	–	ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.)
u.z.p.p.	–	ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)
u.z.ś.o.z. –	–	ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138)

Czasopisma i publikatory

Biul. SN	–	Biuletyn Sądu Najwyższego
Dz. U.	–	Dziennik Ustaw
Dz. Urz. UE	–	Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej
Dz. Urz. WE	–	Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich
GSP-Prz.Orz.	–	Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa
KPP	–	Kwartalnik Prawa Prywatnego
LR	–	Lekarz Rodzinny
M. Praw.	–	Monitor Prawniczy
NP	–	Nowe Prawo
ONSA	–	Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego
ONSA WSA	–	Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego i wojewódzkich sądów administracyjnych
OSA	–	Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych
OSNAP	–	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Administracyjna i Izba Pracy
OSNAPiUS	–	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
OSNC	–	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNCP	–	Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izby Cywilnej, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
OSNKW	–	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Wojskowa
OSNP	–	Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych

OSNPG	–	Orzecznictwo Sądu Najwyższego, Wydawnictwo Prokuratury Generalnej
OSP	–	Orzecznictwo Sądów Polskich
OSPiK	–	Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izby Pracy i Izby Karnej
PiM	–	Prawo i Medycyna
PiP	–	Państwo i Prawo
PiZS	–	Praca i Zabezpieczenie Społeczne
PM	–	Puls Medycyny
Pr. Spółek	–	Prawo Spółek
PS	–	Przegląd Sądowy
PUG	–	Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego
PUSiG	–	Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych
Sam. Teryt.	–	Samorząd Terytorialny
SC	–	Studia Cywilistyczne

Inne

EFTA	–	Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu
eWUŚ	–	Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców
NFZ, Fundusz	–	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK	–	Najwyższa Izba Kontroli
NSA	–	Naczelny Sąd Administracyjny
PESEL	–	Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności
SA	–	sąd apelacyjny
SN	–	Sąd Najwyższy
SO	–	sąd okręgowy
SP ZOZ	–	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
TK	–	Trybunał Konstytucyjny
ubezpieczenie OC	–	ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej
UE	–	Unia Europejska
WSA	–	wojewódzki sąd administracyjny
ZOZ	–	zakład opieki zdrowotnej
ZUS	–	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

———— WSTĘP ————

Prawne formy świadczenia usług medycznych są bardzo zróżnicowane. Przejawia się to tym, że uprawnione do ich udzielania są zarówno osoby prawne, jak i osoby fizyczne. Osoby fizyczne mogą to czynić samodzielnie i prowadząc działalność na własny rachunek, jak również na podstawie umów cywilnoprawnych czy też w ramach zatrudnienia pracowniczego. Niezależnie od tego, czy świadczenia udzielane są w ramach ubezpieczenia zdrowotnego czy prywatnie i całkowicie na koszt pacjenta – każda tego rodzaju działalność polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.) – art. 2 ust. 1 pkt 10.

Od ukazania się pierwszego wydania książki upłynęło już prawie 10 lat. W tym czasie wymianie uległy prawie wszystkie przepisy prawa regulujące tematykę w niej poruszaną – wydano nową ustawę będącą podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a do niej cały komplet aktów wykonawczych. Pojawiło się również nowe orzecznictwo sądowe dające wskazówki interpretacyjne co do wciąż jeszcze niejasnych i niespójnych regulacji w dziedzinie prawa ochrony zdrowia. Z tego powodu potrzebna była aktualizacja pierwotnej wersji opracowania (w 2007 r. ukazało się drugie wydanie książki).

Potrzeba przygotowania trzeciego wydania książki wynikała przede wszystkim z wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która zastępując w porządku prawnym ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), przemodelowała formy świadczenia usług medycznych i zmodyfikowała tryb udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne.

Oddawane dziś do rąk czytelników trzecie już wydanie książki, poprawione i uaktualnione, przedstawia prawne możliwości świadczenia usług medycznych w Polsce na tle współczesnego modelu opieki zdrowotnej wprowadzonego ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Analiza prawna i powstała w jej wyniku charakterystyka poszczególnych rodzajów umów na świadczenia opieki zdrowotnej służyć ma wskazaniu ich najważniejszych wad i zalet oraz zwróceniu uwagi na wiele niejasności interpretacyjnych. Duży wybór możliwości prawnych udzielania usług medycznych wywołuje wątpliwości, jaki rodzaj umowy jest najlepszy w konkretnych okolicznościach. Opracowanie ma służyć pomocą lekarzom, pielęgniarzom i położnym, jak również prawnikom i osobom zarządzającym w opiece zdrowotnej w wyborze najdogodniejszej formy udzielania świadczeń zdrowotnych.

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.), jako ustawa zasadnicza podstawowej rangi w systemie aktów prawa krajowego, jest punktem wyjścia do wdrożenia rozwiązań ustawowych składających się na przyjęty system opieki zdrowotnej¹. Konstytucja ustanawia prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia normą art. 68 ust. 1 (każdy ma prawo do ochrony zdrowia) i odpowiadający mu obowiązek państwa do zachowania niezbędnego poziomu jego ochrony przez zapewnienie odpowiednich standardów medycznych². W szczególności na konstytucyjne obowiązki władz publicznych w tym zakresie składa się m.in. zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku, zwalczanie chorób epidemicznych i zapobieganie negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska oraz popieranie rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży (art. 68 ust. 2, 3, 4, 5 Konstytucji). Norma art. 68 ust. 1 Konstytucji nie przesądza konstrukcji tego systemu jako całości ani jego poszczególnych elementów: charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika (płatników) tych świadczeń czy też struktury własnościowej świadczeniodawców. Pewne ograniczenia swobody ustawodawcy w tym zakresie mogą jednak wynikać z innych konstytucyjnych zasad lub wartości. Z obowiązku rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika wymaganie, aby system ten – jako całość – był efektywny. System ochrony zdrowia jako całość musi

¹ J. Jończyk, *Publiczna opieka zdrowotna*, PiM 2007, nr 1.

² M. Safjan, *Ustawa zasadnicza i standardy medyczne*, Rzeczpospolita, 15 stycznia 2001.

gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości³.

Przepis art. 68 Konstytucji rozróżnia prawo do ochrony zdrowia oraz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, jako podlegające ochronie prawnej prawa podmiotowe⁴. Zostało to ujęte w dwóch pierwszych ustępach tego artykułu:

„1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielenia świadczeń określa ustawa”⁵.

W Konstytucji obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń został nałożony na „władze publiczne”, a świadczenia zdrowotne finansowane są ze „środków publicznych” (art. 68 Konstytucji). Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zatem być uznane za wypełnianie przez instytucje państwowe i samorządowe nałożonego na nie obowiązku o charakterze publicznym⁶. Opieka zdrowotna zapewniana jest za pomocą systemu kontraktów. W ten sposób podmiot zawierający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jako świadczeniodawca jest narzędziem realizacji zadań władz publicznych w zakresie sprawowania opieki zdrowotnej. Uzyskanie statusu świadczeniodawcy Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako: Fundusz)⁷ powoduje, że podmiot wykonujący działalność leczniczą staje się częścią publicznego systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Przyjęcie tej roli skutkuje nałożeniem obowiązku wypełniania jej zgodnie z warunkami i zasadami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych mogą być udzielane zarówno przez podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami (np. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki budżetowe), jak i pozostałe podmioty lecznicze

³ Uzasadnienie wyroku TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03 (Dz. U. Nr 5, poz. 37).

⁴ A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, PiM 2005, nr 4, a także wyrok SN z dnia 12 grudnia 2004 r., III CK 134/04, OSP 2005, z. 6, poz. 79.

⁵ Uchwała składu 7 sędziów SN z dnia 20 czerwca 2001 r., I KZP 5/01, Wokanda 2001, nr 9, s. 9.

⁶ Tamże.

⁷ Zob. szerzej pkt 3.1 w rozdziale 3 niniejszej publikacji, s. 27.

wykonujące działalność leczniczą, a także przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarów i położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest kolejną próbą ustawowej regulacji systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 r. (Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.) zmieniła system finansowania ochrony zdrowia z budżetowego na ubezpieczeniowy i wprowadziła jako płatnika kasy chorych. Jej następczyni, ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.), pozostała przy systemie ubezpieczeniowym i powołała Narodowy Fundusz Zdrowia, który zastąpił kasy chorych⁸. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03 (Dz. U. Nr 5, poz. 37), stwierdzający niekonstytucyjność ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, spowodował jednak konieczność opracowania nowej, całościowej regulacji określającej warunki i zakres korzystania przez obywateli z opieki zdrowotnej⁹. Trybunał Konstytucyjny uznał znaczną część przepisów poprzednio obowiązującej ustawy za niezgodną z art. 68 w zw. z art. 2 Konstytucji przez to, że przepisy te, tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie, naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Trybunał Konstytucyjny, w obszernym uzasadnieniu do wyroku, wskazał główne wady dotychczasowych rozwiązań, dając jednocześnie wskazówki, w jaki sposób należy konstruować przyszłe regulacje prawne dotyczące organizacji systemu zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Wyrok Trybunału nie przesądził jednak, jaki konkretnie model organizacyjno-prawny finansowania świadczeń zdrowotnych powinien być wprowadzony w przyszłości (scentralizowany czy zdecentralizowany, oparty na systemie kas chorych czy jednolitego funduszu, budżetowy czy ubezpieczeniowy, państwowy czy samorządowy). Jednak, zgodnie z uzasadnieniem wyroku Try-

⁸ J. Nowak-Kubiak, B. Łukasik, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, LEX/el. 2006.

⁹ Uzasadnienie projektu z dnia 11 czerwca 2004 r. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, druk sejmowy Sejmu IV kadencji nr 2976.

bunału Konstytucyjnego, każdy z wybranych przez ustawodawcę modeli musi spełniać warunki określone w Konstytucji – z punktu widzenia równości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Zakwestionowane przez Trybunał Konstytucyjny przepisy utraciły moc 31 grudnia 2004 r. i dlatego w ich miejsce w dniu 27 sierpnia 2004 r. wydano nowy akt prawny – ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z treścią art. 65 u.ś.o.z. ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

- 1) równego traktowania oraz solidarności społecznej;
- 2) zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem¹⁰.

Gwarantowany Konstytucją dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Zapewnienie prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych zagwarantowane w Konstytucji nie jest jednak równoznaczne z gwarancją otrzymania wszystkich rodzajów świadczeń i nie oznacza pełnej ich bezpłatności. Znikąd nie wypływa obowiązek zapewnienia przez państwo bezpłatnej opieki zdrowotnej¹¹. Równy dostęp nie oznacza bezpłatności, lecz przejawia się w stworzeniu pacjentom możliwości skorzystania ze świadczeń oraz w pozostawieniu swobody wyboru świadczeniodawcy.

System ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia, przyjęty na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zapewnić ma rzeczywisty dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej m.in. przez ustawowe uregulowanie tzw. kolejki – tzn. listy osób oczekujących na świadczenia planowe (art. 20, 21 i 22 u.ś.o.z.) i swobody wyboru świadczeniodawców (art. 28, 29, 30 i 31 u.ś.o.z.)¹².

¹⁰ Z zastrzeżeniem art. 56b i 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 461 z późn. zm.), art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 116, poz. 675 z późn. zm.) i art. 115 § 1a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 z późn. zm.).

¹¹ M. Safjan, *Ustawa zasadnicza...*

¹² M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 383; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 124.

Ustawowo określone zasady dostępu do świadczeń polegają m.in. na prowadzeniu przez świadczeniodawców list osób oczekujących na świadczenia planowe z zapewnieniem pełnej, jawnej informacji o możliwości udzielenia świadczenia i czasie oczekiwania, a także o możliwości skorzystania ze świadczenia zdrowotnego u innego świadczeniodawcy. Kolejka nie obowiązuje w przypadkach nagłych¹³. Świadczeniodawca udzielający świadczeń wysokospecjalistycznych tylko do końca 2014 r. prowadzi odrębną listę osób oczekujących na te świadczenia zgodnie z zasadami określonymi w art. 22 u.ś.o.z.¹⁴ Od 1 stycznia 2015 r. odrębną listę oczekujących świadczeniodawca prowadzić będzie dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem zmierzającym do wyleczenia tego nowotworu (art. 20 ust. 12 u.ś.o.z.).

Prawo wyboru świadczeniodawców na warunkach określonych w ustawie zastąpiło dawne prawo wolnego wyboru lekarza i kasy chorych. U jego podstaw leży zamiar wprowadzenia konkurencyjności wśród świadczeniodawców oraz poprawy jakości świadczonych usług¹⁵. Z uwagi na fakt, że instytucje kas chorych uległy likwidacji, swoboda wyboru została poszerzona do wyboru konkretnego świadczeniodawcy spośród wszystkich związanych umową z Funduszem. Świadczeniobiorcom przysługuje prawo wyboru:

- 1) lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego oraz świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bezpłatnie – nie częściej niż 3 razy w roku kalendarzowym (art. 28 u.ś.o.z.);
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 29 u.ś.o.z.);

¹³ Wyrok WSA w Warszawie z dnia 17 listopada 2005 r., VI SA/Wa 1003/05, LEX nr 192536 z glosą T. Zimnej.

¹⁴ Przepis art. 22 u.ś.o.z. z dniem 1 stycznia 2015 r. zostanie uchylony na podstawie art. 1 pkt 12 w zw. z art. 26 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138).

¹⁵ *Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz przepisy wykonawcze*, red. T. Pęcherz, Warszawa 2000.

- 3) szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 30 u.ś.o.z.);
- 4) lekarza dentysty spośród lekarzy dentystów, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 31 u.ś.o.z.).

„Proklamowana w przepisie art. 68 ust. 1 Konstytucji równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej stanowi rozwinięcie wyrażonej w art. 32 Konstytucji zasady równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego. Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie są bowiem niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania”¹⁶. Podobnie też jak sam dostęp do świadczeń, musi to być równość w ujęciu rzeczywistym, a nie tylko formalnym. Równy dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od sytuacji materialnej, realizowany jest więc w ten sposób, że powszechne ubezpieczenie zdrowotne opiera się na zasadzie solidarności społecznej, czyli na założeniu istnienia dostępu do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego równego dla wszystkich obywateli i niwelacji wszelkich nierówności związanych ze statusem zdrowotnym obywateli¹⁷. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne funkcjonuje bowiem w oparciu o uśrednione ryzyko ubezpieczeniowe, a więc bez uwzględnienia indywidualnego ryzyka, jakie szacowane jest w typowych ubezpieczeniach. Zasada równego traktowania obywateli wyklucza weryfikację ubezpieczonych według kryterium wieku, wykonywanej pracy, miejsca zamieszkania, chorób dziedzicznych itp., jak to ma miejsce w przypadku ubezpieczeń komercyjnych¹⁸. Każdy ubezpieczony odprowadza do systemu procentowo jednakową określoną składkę, za którą otrzymuje taki sam standard opieki zdrowotnej, niezależnie od indywidualnego ryzyka wystąpienia zdarzeń uprawniających do korzystania ze świadczeń¹⁹. Każdy ubezpieczony, bez względu na to, ile wyniesie jego składka, otrzymuje takie same świadczenia zdrowotne.

Na zasadach i w zakresie określonych w ustawie podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub Fundusz. Początkowo (od 1 stycznia 1999 r.) dysponentem

¹⁶ Uzasadnienie wyroku TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03 (Dz. U. Nr 5, poz. 37).

¹⁷ M. Chawla, D. Kawiorska, M. Kulis, *Wyrównanie finansowe jako mechanizm realizacji zasady solidaryzmu społecznego*, Zdrowie i Zarządzanie 1999, t. 1, nr 2.

¹⁸ A. Turek, *Wybrane problemy realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia*, PiM 2006, nr 1.

¹⁹ *Komentarz do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym...*, s. 12.

środków publicznych pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne były kasy chorych, które w zamian za składkę pokrywały koszty leczenia osób ubezpieczonych. Obecnie środkami tymi zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia, utworzony na mocy art. 96 ust. 1 u.ś.o.z., będący państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. Fundusz ten, w celu zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zarządza środkami finansowymi przekazywanymi na podstawie ustawy oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami.

Wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia powierzono: organom administracji rządowej, jednostkom samorządu terytorialnego oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia. W ten sposób ustawodawca zrealizował konstytucyjny obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej obywatelom przez władze publiczne, choć niewątpliwie główną rolę w realizacji tych zadań przypisano Narodowemu Funduszowi Zdrowia²⁰. Zadania poszczególnych władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych precyzują przepisy działu I rozdziału 2 ustawy. Realizację nałożonych zadań oparto na zasadach legalności, rzetelności, celowości i gospodarności (art. 162 ust. 2 oraz art. 163 ust. 1 u.ś.o.z.). Minister właściwy do spraw zdrowia, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości, sprawuje nadzór nad działalnością Funduszu, świadczeniodawców (w zakresie realizacji umów z Funduszem), podmiotów, którym Fundusz powierzył wykonywanie niektórych czynności, oraz aptek, w zakresie refundacji leków. Oznacza to, że realizacja nałożonych na wymienione podmioty zadań z zakresu ochrony zdrowia oceniana będzie przez pryzmat podstawowych kryteriów kontroli administracyjnej. W przypadku wspomnianych jednostek, należących do sektora finansów publicznych, ocena wykonywania pełnionych przez nie zadań powinna uwzględniać zasady gospodarki finansowej określone przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.).

Swoistość systemu określonego jako powszechne ubezpieczenie zdrowotne polega na założeniu jego odpaństwowienia przy równoczesnym wyłączeniu go ze sfery działalności gospodarczej podlegającej regulacji prawa handlowego i cywilnego. Zamiast finansowania budżetowego pojawiło się finansowanie ubezpieczeniowe, natomiast więź administracyjną i służbową państwowej służby zdrowia zastąpił specyficzny stosunek kontraktowy (obligacyjny)²¹. Jednak

²⁰ M. Iżycka-Rączka, *Ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia*, Medycyna po Dyplomie 2003, nr 5.

²¹ J. Jończyk, *System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, PiM 2001, nr 10.

obecnie, na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zaobserwować możemy powrót do scentralizowanego zarządzania środkami publicznymi pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne²².

Refundacja kosztów leczenia obejmuje tylko leczenie prowadzone przez lekarzy i placówki służby zdrowia, z którymi Fundusz zawarł odpowiednie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyjątkiem są sytuacje nagłe, w których ustawa dopuszcza refundację świadczeń dla świadczeniodawcy niezwiązanego kontraktem z Funduszem na podstawie art. 19 ust. 4 u.ś.o.z.

Zakres przedmiotowy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmuje m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasady i tryb finansowania tych świadczeń, a także zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego do nich dostępu, jak również zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad ich finansowaniem i realizacją. Ponadto, ustawa określa zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, podstawy instytucjonalno-proceduralne udzielania świadczeń obywatelom na podstawie przepisów unijnych o koordynacji udzielania świadczeń, zasady funkcjonowania oraz organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia. Regulacja ustawy wskazuje na sposób zapewnienia gwarantowanych usług zdrowotnych przez zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w drodze realizacji programów zdrowotnych poświęconych konkretnemu problemowi zdrowotnemu. W ustawie poruszono również tematykę przetwarzania danych osobowych w celu wykonania ustawy oraz uprawnienia kontrolne i nadzorcze nad jej realizacją. Dział IX ustawy zawiera przepisy karne o odpowiedzialności płatników składek na ubezpieczenie zdrowotne za niezgodne z ustawą ich pobieranie, odprowadzanie i za nierzetelność prowadzenia dokumentacji w tej sprawie, a także odpowiedzialności świadczeniodawców za nieprawdziwość danych składanych w ofercie o zawarcie umowy oraz za pobieranie nienależnych opłat od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem i uniemożliwianie lub ograniczanie w poważnym stopniu dostępu świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej.

Krąg podmiotów uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie wyznacza art. 2 u.ś.o.z. i obejmuje ubezpieczonych – osoby objęte po-

²² Tenże, *Publiczna opieka...*

wszechnym obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (wymienione w art. 3 u.ś.o.z.) oraz inne niż ubezpieczeni osoby mające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe (o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 182 z późn. zm.), ponadto osoby posiadające obywatelstwo polskie, które nie ukończyły 18. roku życia, jak również obywatelki polskie posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu. Od 30 sierpnia 2014 r.²³ do kręgu podmiotów uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dodano nieubezpieczonych cudzoziemców posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo zezwolenie na pobyt czasowy²⁴ (art. 2 ust. 1 pkt 2–4 u.ś.o.z.). Grupa ta określana jest w ustawie wspólną nazwą: „świadczeniobiorcy”. Zakres podmiotowy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czyli wymienienie osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu, określa art. 66 ust. 1 u.ś.o.z. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Analiza stosownych przepisów pozwala stwierdzić, że wprowadza się podział ubezpieczonych na dwie grupy: osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia z mocy ustawy (*ex lege* – art. 66 ust. 1 u.ś.o.z.) i osoby ubezpieczające się dobrowolnie (art. 68 ust. 1 u.ś.o.z.)²⁵. Zgodnie z treścią art. 68 ust. 1 u.ś.o.z. osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1 u.ś.o.z. może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu.

Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, choć pochłania dużą część naszych zarobków, często okazuje się niewystarczające, aby pokryć rzeczywiste koszty powrotu do zdrowia. W sytuacji niewydolności systemu publicznej opieki zdrowotnej coraz szersze grono pacjentów decyduje się na odpłatne leczenie²⁶. Stąd

²³ Na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1004).

²⁴ Udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650 z późn. zm.).

²⁵ M. Pełka, *Podstawy prawne i zakres odpowiedzialności cywilnej Kas Chorych*, PiM 2000, nr 6–7.

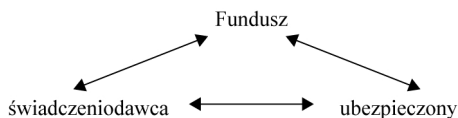
²⁶ A. Turek, *Wybrane problemy...*

coraz większą popularnością cieszą się dobrowolne ubezpieczenia funkcjonujące poza systemem ubezpieczeń państwowych. Ubezpieczenia związane z ochroną zdrowia oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe można podzielić na dwie grupy. Wyróżnia się grupę samodzielnych ubezpieczeń, które zapewniają pokrycie kosztów leczenia różnych schorzeń w określonym czasie. Drugą grupę stanowią umowy dodatkowe o charakterze uzupełniającym, oferowane najczęściej do polis na życie jako ubezpieczenia indywidualne lub grupowe.

Rozdział 2

CHARAKTER PRAWNY RELACJI MIĘDZY PODMIOTAMI UCZESTNICZĄCYMI W SYSTEMIE

Podobnie jak dawniej kasa chorych, obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia stał się instytucją pośredniczącą w trójpodmiotowym układzie: ubezpieczony – Fundusz – świadczeniodawca (zakład opieki zdrowotnej, lekarz, pielęgniarka i inni). Z jednej strony – Fundusz jest związany umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami uprawnionymi i zobowiązanymi zarazem do ich udzielania, a z drugiej strony – stosunkiem członkostwa z ubezpieczonymi²⁷. Powstała na tym tle konstrukcja prawna jest dość złożona i przybiera kształt trójkątnej relacji.



Wspominane wyżej trzy stosunki prawne powstałe w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego scharakteryzować można krótko jako stosunki: ubezpieczenia, organizacji świadczeń zdrowotnych oraz opieki zdrowotnej²⁸.

Ubezpieczonego z Funduszem łączy stosunek ubezpieczenia. Pacjenta z placówką medyczną udzielającą świadczenia również łączy odrębny stosunek obligacyjny. Natomiast podmiot leczniczy lub lekarza świadczącego usługi medyczne wiąże z Funduszem umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁹.

²⁷ M. Pełka, *Podstawy prawne i zakres...*

²⁸ J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2001, a także tenże, *Strony i stosunki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, PiM 2005, nr 1.

²⁹ P. Stańczyk, *Umowa na udzielanie świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego*, Rzeczpospolita, 12 marca 1999.

1. Charakter prawny stosunku pomiędzy ubezpieczonym a Funduszem

Relacja powstała między ubezpieczonym uprawnionym do świadczeń a Funduszem to stosunek ubezpieczenia. Problem określenia **charakteru prawnego stosunku między ubezpieczonym a Funduszem** sprowadza się do dylematu – czy jest to stosunek cywilnoprawny czy administracyjnoprawny? Poglądy na tę kwestię nie są jednolite. Zgodnie ze stanowiskiem przyjętym w piśmiennictwie, przez stosunki cywilnoprawne rozumie się stosunki prawne wyznaczone przez dyspozycje norm prawa cywilnego³⁰ czy też grupę stosunków prawnych, które określone są przez dyspozycje norm prawa cywilnego³¹. W niektórych aktach normatywnych elementy cywilnoprawne przeplatają się jednak z elementami administracyjnoprawnymi. Wówczas decydująca jest pozycja stron względem siebie. Jeżeli w sprawie majątkowej strony są względem siebie równorzędne, jest to stosunek cywilnoprawny. Jeżeli natomiast jedna ze stron z mocy prawa uzyskuje pozycję nadrzędną, wykonując czynności władcze – jest to stosunek administracyjnoprawny³².

Niewątpliwie wiele norm regulujących działanie Funduszu i obowiązek uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne ma charakter norm administracyjnoprawnych. Nie można jednak tego odnieść do więzi prawnej, jaka kształtuje się między ubezpieczonym a Funduszem. Fundusz nie wykonuje względem ubezpieczonych jakichkolwiek funkcji władczych – nie zachodzi więc podległość pacjenta jako strony stosunku prawnego. Zarówno Fundusz, jak i ubezpieczony muszą wykonywać swoje obowiązki oraz żądać respektowania przysługujących im uprawnień. Stanowi to argument za uznaniem obecnie takiego stosunku za cywilnoprawny³³. Także Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały z dnia 9 czerwca 1995 r., III CZP 72/95, OSP 1996, z. 1, poz. 2, stwierdził, że stosunki majątkowe, z których wynikają podlegające ochronie prawnej prawa podmiotowe, regulowane są nie tylko przez przepisy kodeksu cywilnego, lecz także przez

³⁰ A. Wolter, J. Ignatowicz, K. Stefaniuk, *Prawo cywilne. Zarys części ogólnej*, Warszawa 2001, s. 107.

³¹ S. Grzybowski (w.): *System prawa cywilnego*, t. 1, *Część ogólna*, red. S. Grzybowski, Ossolineum 1985, s. 178–179.

³² S. Dmowski, S. Rudnicki, *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga pierwsza. Część ogólna*, Warszawa 2002, s. 16.

³³ Zob. uwagi na temat dawnego „władztwa zakładowego” zakładu leczniczego nad pacjentem E. Łętowska, *Prawo umów konsumenckich*, Warszawa 1999, s. 441.

przepisy innych aktów. Sprawy takie należy uważać za cywilne, ponieważ chodzi w nich o wykonywanie praw podmiotowych i w stosunkach tych występują elementy charakterystyczne dla stosunków cywilnoprawnych, w szczególności zaś – równorzędność podmiotów. Z kolei stosunki kształtowane w drodze zarządzenia administracyjnego oparte są na zasadzie nadrzędności jednej ze stron.

Stosunek prawny między Funduszem a pacjentem powstający w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ma charakter zobowiązania. Zdaniem komentatorów ma on „odrębną naturę prawną” (niezasługującą na redukcję jej do ujęć znanych z prawa cywilnego lub prawa administracyjnego), którą można określić jako „ubezpieczeniową”³⁴. Jest to stosunek prawny o charakterze zobowiązaniowym w dziedzinie prawa zabezpieczeń społecznych³⁵. Treść tego stosunku prawnego nie jest swobodnie kształtowana wolą stron, jak w klasycznym cywilnoprawnym stosunku obligacyjnym. Jest składową stosunku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz umowy między Funduszem i świadczeniodawcą. Prawa i obowiązki stron są ściśle określone w ustawie. Swoboda decydowania o nawiązaniu stosunku prawnego jest jednak wyłączona. Jedynie w przypadku ubezpieczenia dobrowolnego pacjent może swobodnie zdecydować, czy chce być objęty tym ubezpieczeniem. Osoby ubezpieczające się dobrowolnie, na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, łączą z nim stosunek umowny, ponieważ potwierdzają to odnośne przepisy ustawy. Zgodnie z brzmieniem art. 68 ust. 5 u.ś.o.z. osoba ubiegająca się o ubezpieczenie zdrowotne zostaje nim objęta z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z Funduszem, a przestaje – w dacie rozwiązania umowy lub wskutek nieopłacenia składki w obowiązującym terminie. Jednocześnie z dniem objęcia ubezpieczeniem nabywa prawo do świadczeń zdrowotnych, które wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu (art. 68 ust. 12 u.ś.o.z.).

Ustawa nie zawiera natomiast konkretnych postanowień charakteryzujących sytuację prawną osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia *ex lege*, wymieniając tylko w art. 66 ust. 1 u.ś.o.z. osoby, które temu ubezpieczeniu podlegają. Jednak przepis ten nie może stanowić podstawy zawiązania stosunku ubezpieczenia, ponieważ ustanawiając obligatoryjność ubezpieczenia określonych grup osób, nie przesądza jeszcze ani o nabyciu prawa do określonych usług świadczeń, ani o zakresie i jakości tych świadczeń, ani wreszcie o instytucjach

³⁴ W. Sanetra, *Stosunki z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego – jedność w różnorodności*, PUSiG 2001, nr 3.

³⁵ J. Jończyk, *Strony i stosunki...*

obowiązanych do zapewnienia gwarantowanych usług zdrowotnych. Dopiero powiązanie art. 66 u.ś.o.z. z pozostałymi przepisami tej ustawy umożliwia prawidłową ocenę sytuacji prawnej pacjentów³⁶.

Z chwilą zgłoszenia do Funduszu stosunek ubezpieczenia zostaje nawiązany, a osoba mu podlegająca uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 67 ust. 2 u.ś.o.z.). Nie jest to stosunek umowny, ponieważ naruszone zostały podstawowe zasady dotyczące zawierania kontraktów, jak swoboda podjęcia decyzji o zawarciu umowy, wyboru kontrahenta oraz określenia warunków umowy. Ustawa gwarantuje obywatelom jedynie wolny wybór świadczeniodawcy. Żadna ze stron nie ma jednak wpływu na treść tego stosunku. Fundusz, co do zasady, nie może odmówić przyjęcia kogokolwiek w poczet swoich członków, a ubezpieczony nie ma wyboru, czy chce być objęty stosunkiem ubezpieczenia. Nie można również takiego stosunku ani wypowiedzieć, ani od niego odstąpić, ponieważ członkostwo w Funduszu kończy się z chwilą wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (art. 67 ust. 4 u.ś.o.z.). Strony łączy więc stosunek zobowiązaniowy, mający swoje źródło nie w umowie, lecz w ustawie. Z tego też względu podlega regulacji przepisów kodeksu cywilnego dotyczących części ogólnej zobowiązań.

Zgodnie z poglądem wyrażonym w orzecznictwie Sądu Najwyższego³⁷ ubezpieczenie zdrowotne prowadzi do powstania powszechnego stosunku obligacyjnego (o charakterze publicznym) w zasadzie pozaumownego, nieekwiwalentnego, rodzącego podmiotowe prawa publiczne na rzecz ubezpieczonych oraz pewnych grup osób zrównanych z nimi. Treścią tego prawa (podmiotowego) jest gwarancja opieki zdrowotnej określanej w sposób potencjalny – jako równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych³⁸.

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu przytaczanej już uchwały z dnia 9 czerwca 1995 r. stwierdził, że zobowiązania mogą powstać z umów (czynności prawnych), z innych zdarzeń, a także z ustawy. Stosunek między ubezpieczonym a Funduszem to stosunek opieki zdrowotnej (w art. 68 ust. 2 Konstytucji jest mowa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych) albo inaczej – zobowiązanie opieki zdrowotnej lub też stosunek ubezpie-

³⁶ M. Pełka, *Podstawy prawne i zakres...*

³⁷ Wyroki SN: z dnia 13 maja 2005 r., I CK 691/04, LEX nr 603867; z dnia 7 marca 2013 r., IV CSK 435/12, LEX nr 1318445.

³⁸ D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 265–270.