

USTAWA O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Komentarz

redakcja Agnieszka Pietraszewska-Macheta

Iwona Kowalska-Mańkowska, Agnieszka Pietraszewska-Macheta
Andrzej Sidorko, Leszek Świerczek, Krzysztof Urban

KOMENTARZE

WYDANIE **4**

USTAWA O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Komentarz

redakcja Agnieszka Pietraszewska-Macheta

Iwona Kowalska-Mańkowska, Agnieszka Pietraszewska-Macheta
Andrzej Sidorko, Leszek Świerczek, Krzysztof Urban

KOMENTARZE

WYDANIE **4**

Stan prawny na 1 maja 2023 r.

Wydawczyni
Dagna Kordyasz

Redaktor prowadząca
Katarzyna Gierłowska

Opracowanie redakcyjne
Violet Design

Projekt okładek serii
Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

Autorzy poszczególnych komentarzy publikacji:

Iwona Kowalska-Mańkowska – art. 11, 12–13a, 42a–42k, 51–53, 97a

Agnieszka Pietraszewska-Macheta – Wstęp, art. 1, 6–9, 10, 11a–11b, 14, 19a–31, 32, 33, 33a–33b, 41–42, 48–48a, 48ab, 48d, 60, Wstęp przed art. 95l, art. 95l–95n, 102–108, 112–131b, 132a–132b, 136c, 147, 159a, 161b–161e, 194, 195

Andrzej Sidorko – art. 2–4, 49–50a, 54, 65–94, 109a–111, 188–189, 190–192a

Leszek Świerczek – art. 18a–18c, 48c, 59a–59b, 95a–95k, 131c–131d, 132c, 138, 139a–141, 146, 152–154, 158

Krzysztof Urban – art. 9a–9b, 31a–31x, 32a, 35–40a, 43–47i, 58, 61a–61zb, 98–101, 137, 160–161, 162–187, 194a

Iwona Kowalska-Mańkowska, Agnieszka Pietraszewska-Macheta – art. 96–97

Agnieszka Pietraszewska-Macheta, Andrzej Sidorko – art. 109, 189a, 193

Agnieszka Pietraszewska-Macheta, Leszek Świerczek – art. 15–18, 19, 48aa, 48b, 48e, 48f, 57, 59, 61, 132, 133–136b, 139, 142–145, 148–151, 155–157, 159

Agnieszka Pietraszewska-Macheta, Andrzej Sidorko, Krzysztof Urban – art. 5

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2023

ISBN 978-83-8328-602-0

4. wydanie

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 728 313 462
e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	29
Wstęp	41
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	45
Dział I	
Przepisy ogólne	47
Rozdział 1	
Zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz objaśnienia określeń ustawowych	47
Art. 1. [Zakres przedmiotowy ustawy]	47
I. Konstytucyjny model ochrony zdrowia	48
II. Stosunki prawne w ubezpieczeniu zdrowotnym	49
III. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego	51
Art. 2. [Zakres podmiotowy ustawy]	53
Art. 3. [Krąg osób ubezpieczonych]	63
Art. 4. [Ubezpieczenie cudzoziemców]	70
Art. 5. [Wyjaśnienie terminów ustawowych]	71
I. Zagadnienia ogólne	78
II. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	79
III. Apteka	81
IV. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej	84
V. Członek rodziny	85
VI. Działacz opozycji antykomunistycznej	90
VII. Fundusz Medyczny	91
VIII. Inwalida wojenny lub wojskowy	92
IX. Cywilna niewidoma ofiara działań wojennych	94
X. Instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę	94
XI. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego	95

XII.	Kombatant	95
XIII.	Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej	99
XIV.	Korzystający	100
XV.	Lek	101
XVI.	Lek recepturowy	103
XVII.	Lekarz, pielęgniarka, położna i felczer ubezpieczenia zdrowotnego	105
XVIII.	Migracja ubezpieczonych	106
XIX.	Minimalne wynagrodzenie	107
XX.	Narodowy Rachunek Zdrowia	108
XXI.	Niepełnosprawny	108
XXII.	Nocna i świąteczna opieka zdrowotna	110
XXIII.	Osoba odbywająca staż adaptacyjny	110
XXIV.	Bezdomny wychodzący z bezdomności	111
XXV.	Osoba pobierająca emeryturę lub rentę	112
XXVI.	Osoba pobierająca rodzicielskie świadczenie uzupełniające	114
XXVII.	Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą	115
XXVIII.	Osoba represjonowana	117
XXIX.	Osoba represjonowana z powodów politycznych	119
XXX.	Osoba współpracująca	120
XXXI.	Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej i położna podstawowej opieki zdrowotnej	123
XXXII.	Podmiot kontrolowany	126
XXXIII.	Podstawowa opieka zdrowotna	126
XXXIV.	Poradnia przyszpitalna	132
XXXV.	Potrzeby zdrowotne, program polityki zdrowotnej i program zdrowotny	132
XXXVI.	Program pilotażowy	133
XXXVII.	Przeciętne wynagrodzenie	133
XXXVIII.	Przepisy o koordynacji	133
XXXIX.	Rachunek	134
XL.	System IOWISZ	134
XLI.	Stan nagły	134
XLII.	Transport sanitarny	135
XLIII.	Środek spożywczy specjalnego przeznaczenia	135
XLIV.	Świadczenie opieki zdrowotnej a świadczenie zdrowotne (świadczenie rzeczowe, towarzyszące, gwarantowane, specjalistyczne i wysokospecjalistyczne)	136

XLV.	Świadczeniodawca	138
XLVI.	Procedura medyczna	139
XLVII.	Taryfa świadczeń	141
XLVIII.	Technologia medyczna	141
XLIX.	Ubezpieczenie społeczne	143
L.	Ubezpieczenie społeczne rolników	144
LI.	Uprawniony żołnierz lub pracownik	144
LII.	Weteran poszkodowany	144
LIII.	Wolontariusz	146
LIV.	Wyroby medyczne	147
LV.	Żołnierz zastępczej służby wojskowej	148
 Rozdział 2		
Zadania władz publicznych		149
Art. 6.	[Zapewnienie równego dostępu do świadczeń]	149
Art. 7.	[Zadania gminy]	151
Art. 8.	[Zadania powiatu]	152
Art. 9.	[Zadania samorządu województwa]	153
Art. 9a.	[Finansowanie świadczeń gwarantowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego]	154
Art. 9b.	[Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego]	156
Art. 10.	[Zadania wojewody]	158
Art. 11.	[Zadania ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych]	159
Art. 11a.	[Dofinansowanie z budżetu państwa świadczeń gwarantowanych udzielanych w związku z pełnieniem służby poza granicami RP]	166
Art. 11b.	[Dofinansowanie świadczeń gwarantowanych przez Ministra Obrony Narodowej]	169
 Dział II		
Świadczenia opieki zdrowotnej		171
 Rozdział 1		
Przepisy ogólne		171
Art. 12.	[Uprawnienia do świadczeń na podstawie przepisów odrębnych]	171
Art. 12a.	[Uprawnienia do świadczeń osób pozbawionych wolności]	177
Art. 13.	[Zasady finansowania świadczeń osobom nieubezpieczonym]	178
Art. 13a.	[Finansowanie świadczeń osobom nieubezpieczonym – delegacja do wydania rozporządzenia]	181

Art. 14.	[Podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej]	181
Art. 14a–14b.	(uchylone)	181
Art. 15.	[Prawo do świadczeń gwarantowanych finansowanych przez Fundusz]	181
I.	Pozytywny koszyk świadczeń gwarantowanych	183
II.	Pobieranie opłat za świadczenia realizowane przez świadczeniodawcę NFZ	187
III.	Znaczenie formy prawnej prowadzonej działalności	188
IV.	Realizacja świadczeń na podstawie umowy z Funduszem a pobieranie opłat za świadczenia	191
V.	Prawo do korzystania ze świadczeń poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego	193
VI.	Świadczenia gwarantowane	194
VII.	Świadczenie ponadstandardowe	194
VIII.	Praktyka w zakresie stosowania dopłat do świadczeń gwarantowanych	196
IX.	Możliwość rozliczenia świadczenia częściowego	197
X.	Możliwości współfinansowania świadczeń. Wnioski <i>de lege ferenda</i>	197
XI.	Świadczenia realizowane poza limitem finansowym określonym w umowie z NFZ lub poza harmonogramem, zgodnie z którym realizowane są świadczenia na podstawie umowy z Funduszem	198
Art. 15a.	(uchylony)	200
Art. 16.	[Wyłączenie świadczeń z finansowania ze środków publicznych]	200
Art. 17.	(uchylony)	203
Art. 18.	[Świadczenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacji leczniczej]	203
I.	Zagadnienia ogólne	204
II.	Zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych	206
III.	Zasady kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych	207
IV.	Odpłatność za świadczenia realizowane w ZOL/ZPO	207
V.	Nowelizacja przepisów w związku ze zmianą systemu pieczy zastępczej	210
VI.	Zakład rehabilitacji leczniczej	211
Art. 18a.	[Kontrola starosty nad jakością opieki w ZOL/ZPO/ZRL]	211
Art. 18b.	[Ocena sytuacji dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w ZOL/ZPO/ZRL]	214

Art. 18c.	[Zasady opuszczania ZOL/ZPO/ZRL w przypadku usamodzielnienia się osoby umieszczonej w pieczy zastępczej]	214
Art. 19.	[Zasady udzielania i finansowania świadczeń wykonanych w stanach nagłych]	215
I.	Zagadnienia ogólne	216
II.	Przesłanki wystąpienia stanu nagłego	218
III.	Osoba uprawniona do uzyskania świadczenia w trybie nagłym i pokrycia przez Fundusz kosztów tego świadczenia	219
IV.	Podmiot uprawniony do uzyskania wynagrodzenia	222
V.	Dochodzenie roszczeń	222
Art. 19a.	[Harmonogram przyjęć]	228
Art. 20.	[Zasady ustalania kolejności dostępu do świadczeń]	231
Art. 21–22.	(uchylone)	244
Art. 23.	[Zasady przekazywania informacji o listach oczekujących na świadczenia]	244
Art. 23a.	[Elektroniczna rejestracja i monitorowanie kolejki on-line]	247
Art. 23b.	[Przypominanie przez NFZ o wyznaczonym terminie udzielania świadczeń]	248
Art. 24.	[Wyłączenie stosowania przepisów dotyczących ustalenia kolejności dostępu do świadczeń]	248
Art. 24a.	[Leczenie poza kolejką urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa]	249
Art. 24b.	[Leczenie poza kolejką urazów i chorób u weteranów]	249
Art. 24c.	[Uprawnienia weteranów poszkodowanych w związku z leczeniem urazów i chorób nabytych podczas wykonywania misji poza granicami państwa]	249
Art. 25–26a.	(uchylone)	250
Art. 27.	[Profilaktyka i promocja zdrowia]	250
Art. 28.	(uchylony)	255
Art. 29.	[Prawo wyboru świadczeniodawcy realizującego ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne]	255
Art. 30.	[Prawo wyboru szpitala]	255
Art. 31.	[Prawo wyboru lekarza dentystry]	255
Rozdział 1a		
Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych		258
Art. 31a.	[Podstawy zakwalifikowania świadczenia jako gwarantowanego]	258
Art. 31b.	[Uprawnienia Ministra Zdrowia w zakresie kwalifikowania świadczeń jako gwarantowane]	260
Art. 31c.	[Rekomendacje AOTMiT]	262

Art. 31ca.	[Rekomendacja dotycząca zasadności stosowania leków w ramach Programu Szczepień Ochronnych]	264
Art. 31d.	[Rozporządzenia koszykowe – delegacja ustawowa]	266
Art. 31da.	[Rozporządzenia koszykowe do świadczeń udzielanych zdalnie – delegacja ustawowa]	269
Art. 31e.	[Usuwanie świadczeń opieki zdrowotnej z koszyka świadczeń gwarantowanych]	269
Art. 31f.	[Ocena formalna wniosku]	270
Art. 31g.	[Rekomendacje AOTMiT]	271
Art. 31h.	[Opinia Rady Przejrzystości]	274
Art. 31ha.	[Raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej]	275
Art. 31i.	(uchylony)	276
Art. 31j.	[Delegacja ustawowa – wzór raportu AOTMiT]	276
Art. 31k.	[Wzory wniosków]	277
Art. 31l.	[Wyłączenie stosowania przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego w postępowaniu kwalifikacyjnym]	277
Rozdział 1aa		
	Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej	277
Art. 31la.	[Plan taryfikacji świadczeń]	277
Art. 31lb.	[Obwieszczenie Prezesa AOTMiT]	279
Art. 31lc.	[Gromadzenie i przetwarzanie danych]	286
Rozdział 1b		
	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	293
Art. 31m.	[AOTMiT – forma organizacyjna]	293
Art. 31n.	[AOTMiT – zadania]	294
	I. Ocena świadczeń opieki zdrowotnej – HTA	295
	II. Ocena świadczeń opieki zdrowotnej – zadania	298
	III. Pozostałe zadania Agencji	299
Art. 31o.	[AOTMiT – zadania Prezesa Agencji]	300
Art. 31p.	[Powołanie i kadencja Prezesa Agencji oraz jego zastępców]	301
Art. 31q.	[Ograniczenie w podejmowaniu zatrudnienia przez pracowników Agencji. Nabór na stanowiska w Agencji]	302
Art. 31r.	[Nabór na stanowisko Prezesa Agencji]	302
Art. 31s.	[AOTMiT – Rada Przejrzystości]	304
	I. Status prawny	308
	II. Skład Rady	309
	III. Konflikt interesów	314
	IV. Zadania Rady Przejrzystości	315
	V. Sposób działania Rady Przejrzystości	320

Art. 31sa.	[Rada do Spraw Taryfikacji]	323
Art. 31sb.	[Reprezentatywna organizacja świadczeniodawców]	328
Art. 31t.	[AOTMiT – finansowy aspekt działania Agencji]	329
Art. 31u.	[AOTMiT – fundusz podstawowy i zapasowy]	331
Art. 31v.	[AOTMiT – nadzór]	333
Art. 31w.	[Sankcje stosowane przez organ nadzoru wobec Prezesa Agencji lub jego zastępcy oraz członka Rady Konsultacyjnej]	334
Art. 31x.	[Kontrola Agencji Oceny Technologii Medycznych]	334
Rozdział 2		
Zakres świadczeń opieki zdrowotnej		335
Art. 32.	[Prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych]	335
Art. 32a.	[Prawo do diagnostyki i leczenia onkologicznego]	337
I.	Przyczyny wprowadzenia szybkiej ścieżki onkologicznej	338
II.	Uprawnienia świadczeniobiorców	339
III.	Model opieki nad pacjentem z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu	340
IV.	Wskaźnik rozpoznawalności nowotworów	343
Art. 32b–32d.	(uchylone)	343
Art. 33.	[Prawo do świadczeń z zakresu leczenia uzdrowiskowego]	343
Art. 33a.	[Prawo do świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych]	348
Art. 33b.	[Prawo do zakwaterowania poza placówką lecznictwa stacjonarnego]	350
Art. 34–34a.	(uchylone)	351
Art. 35.	[Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne w zakładach realizujących świadczenia stacjonarne]	351
I.	Zagadnienia ogólne	352
II.	Podmiot uprawniony	352
III.	Podmiot zobowiązany	352
IV.	Prawo do leku, wyrobu medycznego oraz środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywnościowego w ramach udzielanych świadczeń	353
V.	Roszczenie o terapię wybranym lekiem	356
VI.	Wystawianie recept w dniu wypisu ze szpitala	359
VII.	Finansowanie wyrobów medycznych przez pacjenta	360
Art. 36–39c.	(uchylone)	362
Art. 40.	[Prawo do zaopatrzenia w wyroby medyczne na podstawie zlecenia osoby uprawnionej]	362
Art. 40a.	[Prawo do zaopatrzenia w wyroby medyczne na podstawie zlecenia fizjoterapeuty]	367
Art. 41.	[Transport sanitarny]	368

Art. 41a.	[Zabezpieczenie transportu sanitarnego w związku z orzeczeniem środka zabezpieczającego]	373
Art. 41b.	[Zabezpieczenie transportu sanitarnego w związku z doprowadzeniem nieletniego do zakładu leczniczego]	373
Art. 42.	[Szczególne uprawnienia do świadczeń udzielonych w związku z pełnieniem służby poza granicami RP]	374
Rozdział 2a		
	Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone poza granicami kraju	376
Art. 42a.	[Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone poza granicami kraju]	376
I.	Zagadnienia ogólne	376
II.	Leczenie w państwach UE/EFTA na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego	377
III.	Leczenie w państwach UE na podstawie dyrektywy transgranicznej	381
IV.	Leczenie planowane za granicą	384
Art. 42b.	[Zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej]	385
Art. 42c.	[Zasady dotyczące wysokości zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej]	392
Art. 42d.	[Procedura dotycząca rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów]	396
Art. 42e.	[Świadczenia opieki zdrowotnej, w przypadku których zwrot kosztów wymaga uzyskania zgody]	407
Art. 42f.	[Świadczenia opieki zdrowotnej, w przypadku których zwrot kosztów wymaga uzyskania zgody]	407
Art. 42g.	[Wyłączenie stosowania przepisów dotyczących zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej]	411
Art. 42h.	[Limit wydatków na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej]	412
Art. 42i.	[Zgoda na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej albo ich kontynuację w ramach przepisów o koordynacji]	413
Art. 42j.	[Kierowanie na leczenie lub badania diagnostyczne, których nie wykonuje się w kraju]	417
Art. 42k.	[Delegacja ustawowa do wydania rozporządzenia w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń]	420
Rozdział 3		
	Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej	421
Art. 43.	[Uprzywilejowanie zaśluzonych honorowych dawców krwi i zaśluzonych dawców przeszczepu w zakresie dostępu do leków]	421
I.	Zagadnienia ogólne	422

	II.	Zasłużony honorowy dawca krwi	422
	III.	Zasłużony dawca przeszczepu	423
	IV.	Zakres szczególnego uprawnienia do leku refundowanego	423
Art. 43a.		[Leki dla seniorów 75+]	426
Art. 43b.		[Bezpłatne zaopatrzenie w leki ciężarnych]	432
Art. 44.		[Uprzywilejowanie żołnierzy w zakresie dostępu do leków]	434
	I.	Zagadnienia ogólne	435
	II.	Prawo żołnierzy do leku refundowanego	435
	III.	Prawo uprawnionego żołnierza lub pracownika wojska do leku refundowanego	436
	IV.	Prawo weterana poszkodowanego do leku refundowanego	438
	V.	Zasady wystawiania i realizacji recept	438
Art. 45.		[Uprzywilejowanie inwalidów wojskowych w zakresie dostępu do leków]	439
	I.	Grupy uprzywilejowanych świadczeniobiorców	440
	II.	Zakres uprawnienia do leku refundowanego	441
	III.	Zasady wystawiania i realizacji recept	441
Art. 46.		[Uprzywilejowanie inwalidów wojennych w zakresie dostępu do leków]	442
	I.	Grupy uprawnionych świadczeniobiorców	444
	II.	Zakres uprawnienia do leków oraz środków specjalnego przeznaczenia	445
	III.	Prawo do środków spożywczych specjalnego przeznaczenia	448
	IV.	Zasady wystawiania i realizacji recept	448
Art. 47.		[Uprzywilejowanie inwalidów wojennych w zakresie dostępu do wyrobów medycznych]	450
Art. 47a.		[Szczególne uprawnienia dawców narządów]	454
Art. 47b.		[Dokumenty potwierdzające szczególne uprawnienia]	455
Art. 47c.		[Szczególne uprawnienia do korzystania ze świadczeń poza kolejnością]	458
Art. 47ca.		[Pierwszeństwo w wykonywaniu świadczeń w zakresie stomatologii]	463
Rozdział 3a			
		Ratunkowy dostęp do technologii lekowych	463
Art. 47d.		[Warunki dopuszczalności podania leku finansowanego w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej]	463
Art. 47e.		(uchylony)	468

Art. 47f.	[Działania podejmowane w przypadku kosztu terapii przekraczającego 5% budżetu na ratunkowy dostęp do technologii lekowych]	469
Art. 47g–47h.	(uchylone)	471
Art. 47i.	[Pokrywanie kosztu leku objętego zgodą]	471
Rozdział 4		
Programy zdrowotne, programy polityki zdrowotnej i programy pilotażowe		472
Art. 48.	[Programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej]	472
Art. 48a.	[Opracowywanie i opiniowanie programu polityki zdrowotnej]	474
Art. 48aa.	[Raport, opinie i rekomendacje AOTMiT dotyczące programów polityki zdrowotnej]	479
Art. 48ab.	[Zawieszenie, wznowienie i zakończenie realizacji programu polityki zdrowotnej]	481
Art. 48b.	[Tryb wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej i programu zdrowotnego]	482
Art. 48c.	[Finansowanie programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego w ramach realizacji zadań własnych]	485
Art. 48d.	[Dofinansowanie programów polityki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia]	485
Art. 48e.	[Program pilotażowy]	487
Art. 48f.	[Upoważnienie do przekazywania informacji jednostce organizacyjnej pomocy społecznej]	490
Rozdział 5		
Dokumenty służące do potwierdzenia i weryfikacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej		491
Art. 49.	[Karta ubezpieczenia zdrowotnego i inne dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń]	491
Art. 50.	[Obowiązek przedstawiania dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń]	494
Art. 50a.	[Zasady ponoszenia kosztów świadczeń sfinansowanych przez Fundusz]	515
Art. 51.	[Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego]	515
Art. 52.	[Zasady wydawania poświadczeń]	518
Art. 53.	[Poświadczenie lub inny dokument wydany przez zagraniczną instytucję właściwą]	520
Art. 54.	[Zasady wydawania przez wójta, burmistrza, prezydenta miasta decyzji potwierdzających prawo do świadczeń]	521

Dział III

Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej	528
Art. 55–56. (uchylone)	528
Art. 57. [Prawo do świadczeń specjalistycznych na podstawie skierowania]	528
Art. 58. [Prawo do świadczeń szpitalnych na podstawie skierowania]	533
Art. 59. [Prawo do świadczeń rehabilitacyjnych na podstawie skierowania]	536
Art. 59a. [Równoważność skierowań wystawionych przez lekarzy wykonujących zawód w innych niż Polska krajach UE]	538
Art. 59aa. [Postać papierowa lub elektroniczna skierowania; e-skierowanie]	540
Art. 59b. [Informacja o wystawieniu skierowania w postaci elektronicznej]	543
Art. 60. [Prawo do świadczeń realizowanych w trybie nagłym bez skierowania]	545
Art. 61. [Obowiązek ponoszenia kosztu świadczenia zrealizowanego bez skierowania, gdy jest ono wymagane]	545

Dział IIIa

Kontrola	547
Art. 61a. [Zakres kontroli przeprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia]	547
I. Kontrola NFZ – zagadnienia ogólne	548
II. Kontrola realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	559
III. Kontrola ordynacji produktów refundowanych	564
IV. Kontrola realizacji finansowanych ze środków publicznych zadań niewynikających z umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (związanych z przeciwdziałaniem COVID-19)	570
V. Kontrola realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę	571
Art. 61b. [Obowiązek współdziałania z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia oraz udzielania mu informacji]	573
Art. 61c. [Obowiązek udostępniania wyników kontroli na żądanie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia]	574
Art. 61d. [Cel przeprowadzenia kontroli oraz maksymalny czas trwania kontroli; sprzeciw wobec podjęcia i wykonywania kontroli]	576
I. Charakter regulacji	577
II. Gwarancje podmiotu kontrolowanego	579
III. Prawo wniesienia sprzeciwu przez podmiot kontrolowany	580

	IV. Prawo wniesienia zażalenia przez podmiot kontrolowany	582
Art. 61e.	[Osoby przeprowadzające kontrolę; upoważnienie do przeprowadzenia kontroli]	583
Art. 61f.	[Wyłączenie z postępowania kontrolnego]	586
Art. 61g.	[Zawiadomienie podmiotu kontrolowanego o kontroli]	587
Art. 61h.	[Czynności dokonywane przez osoby kontrolujące przy rozpoczęciu kontroli lub poszczególnych czynności kontrolnych]	590
Art. 61i.	[Miejsce i godziny prowadzenia kontroli lub poszczególnych czynności kontrolnych]	593
Art. 61j.	[Uprawnienia osób kontrolujących w trakcie przeprowadzania kontroli lub poszczególnych jej czynności]	594
Art. 61k.	[Dowody w postępowaniu kontrolnym]	596
Art. 61l.	[Akta kontroli]	596
Art. 61m.	[Protokół z przeprowadzenia czynności dowodowej]	597
Art. 61n.	[Zabezpieczenie materiałów dowodowych]	597
Art. 61o.	[Udzielanie wyjaśnień przez podmiot kontrolowany lub inne osoby]	598
Art. 61p.	[Składanie oświadczeń dotyczących przedmiotu kontroli]	598
Art. 61q.	[Oględziny]	598
Art. 61r.	[Biegli]	599
	I. Prawa i obowiązki kontrolerów	599
	II. Prawa i obowiązki podmiotu kontrolowanego	603
	III. Uprawnienia Prezesa Funduszu	605
	IV. Badanie dokumentacji medycznej	607
	V. Sankcje z tytułu utrudniania kontroli	609
	VI. Dowody	611
Art. 61s.	[Wystąpienie pokontrolne]	620
	I. Charakter wystąpienia pokontrolnego	621
	II. Standardy wystąpienia pokontrolnego	622
	III. Składowe wystąpienia pokontrolnego	623
	IV. Doręczenie wystąpienia pokontrolnego	626
	V. Decyzja administracyjna po kontroli NFZ	626
Art. 61t.	[Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego]	628
Art. 61u.	[Pobór lub dochodzenie należności wynikających z kar określonych w wystąpieniu pokontrolnym]	632
Art. 61v.	[Kontrola bez uprzedniego zawiadomienia]	634
Art. 61w.	[Czynności sprawdzające]	636
Art. 61x.	[Stosowanie sankcji umownych lub ustawowych]	637
Art. 61y.	[Korpus kontrolerski]	639
Art. 61z.	[Tajemnica kontrolerska]	642

Art. 61za.	[Forma elektroniczna komunikacji z podmiotami kontrolowanymi]	647
Art. 61zb.	[Kontrole przeprowadzane przez ministrów]	650
Art. 62–64.	(uchylone)	651
Dział IV		
Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu		652
Rozdział 1		
Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego		652
Art. 65.	[Zasady ubezpieczenia zdrowotnego]	652
Art. 66.	[Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego]	658
Art. 67.	[Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego]	712
Art. 68.	[Ubezpieczenie dobrowolne]	722
Art. 69.	[Powstanie i wygaśnięcie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego]	734
Art. 70.	[Powstanie i wygaśnięcie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego związanego ze stosunkiem służbowym]	742
Art. 71.	[Powstanie i wygaśnięcie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego związanego ze sprawowaniem mandatu posła lub senatora]	743
Art. 72.	[Powstanie i wygaśnięcie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego u osób pobierających emeryturę lub rentę]	743
Art. 72a.	[Powstanie i wygaśnięcie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osób pobierających rodzicielskie świadczenie uzupełniające]	744
Art. 73.	[Powstanie i wygaśnięcie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego u innych osób]	744
Art. 73a.	[Powstanie i wygaśnięcie obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego małżonka Prezydenta RP]	753
Art. 74.	[Odpowiednie stosowanie przepisów dotyczących ubezpieczenia społecznego]	753
Art. 75.	[Zasady dokonywania zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego]	756
Art. 76.	[Zasady dokonywania zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego]	760
Art. 76a.	[Wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego]	761
Art. 77.	[Treść zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego]	762
Art. 78.	[Kontrola realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego]	767

Rozdział 2	
Składki na ubezpieczenie zdrowotne	768
Art. 79.	[Składka na ubezpieczenie zdrowotne. Wysokość] 768
Art. 79a.	[Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących działalność pozarolniczą] 770
Art. 80.	[Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika] 771
Art. 81.	[Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne] 775
Art. 82.	[Opłacanie składek od przychodów z różnych tytułów] 806
Art. 83.	[Obniżenie wysokości składki] 816
Art. 84.	[Podmioty zobowiązane do opłacania składek] 820
Art. 84a.	[Składka opłacana przez rolnika] 821
Art. 85.	[Podmioty zobowiązane do opłacania składek] 822
Art. 86.	[Podmioty zobowiązane do opłacania składek] 825
Art. 87.	[Zasady opłacania składek] 829
Art. 87a.	[Przekazywanie danych przez ZUS do centrali NFZ] 843
Art. 88.	[Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne] 845
Art. 89.	[Odsetki od nieprzekazanych w terminie składek] 845
Art. 90.	[Kontrola wykonywania obowiązków przez płatników] 846
Art. 91.	[Przekazywanie informacji właściwym ministrom o wysokości składek] 847
Art. 92.	[Odrębny sposób ubezpieczenia niektórych grup osób] 847
Art. 93.	[Dochodzenie roszczeń z tytułu nieopłaconych składek i ich przedawnienie] 848
Art. 94.	[Zwrot nienależnie opłaconych składek] 849
Art. 95.	(uchylony) 851
 Dział IVa	
Ocena potrzeb zdrowotnych	852
Art. 95a.	[Mapa potrzeb zdrowotnych] 852
Art. 95b.	[Krajowy plan transformacji] 854
Art. 95ba.	[Inne dokumenty określające sposób wsparcia działań mających na celu zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej] 857
Art. 95c.	[Wojewódzki plan transformacji] 860
Art. 95ca.	[Wojewódzka rada do spraw potrzeb zdrowotnych] 862
Art. 95d.	[Opinia o celowości inwestycji] 865
Art. 95e.	[Wniosek o wydanie opinii] 870
Art. 95ea.	[Skład i regulamin prac Komisji Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia] 872
Art. 95eb.	[Wymagania wobec kandydatów na członków Komisji Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia] 873

Art. 95ec.	[Zadania Komisji Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia]	875
Art. 95f.	[Rozpatrywanie wniosków o wydanie opinii]	876
Art. 95g.	[Termin wydania opinii; treść opinii]	879
Art. 95ga.	[Okres ważności pozytywnej opinii]	880
Art. 95h.	[Delegacja ustawowa]	880
Art. 95i.	[Protest w przypadku opinii negatywnej]	881
Art. 95j.	[Skarga do wojewódzkiego sądu administracyjnego]	885
Art. 95k.	[Skarga kasacyjna]	886

Dział IVb

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń

opieki zdrowotnej	888
Wstęp	888
Art. 95l. [Zakres świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia; poziomy systemu zabezpieczenia]	890
Art. 95m. [Kwalifikacja świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia]	893
Art. 95n. [Wykaz świadczeniodawców; kwalifikacja do systemu zabezpieczenia mimo niespełnienia wszystkich warunków; protest; zmiany w wykazie]	898

Dział V

Narodowy Fundusz Zdrowia	902
---------------------------------------	-----

Rozdział 1

Przepisy ogólne	902
Art. 96. [Utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia]	902
Art. 97. [Zakres działania Funduszu]	906
Art. 97a. [Krajowy Punkt Kontaktowy]	918
Art. 98. [Organy Funduszu]	922
Art. 99. [Rada Funduszu]	922
Art. 100. [Zadania Rady Funduszu]	924
Art. 101. [Zwołanie posiedzenia Rady Funduszu]	927
Art. 102. [Prezes Funduszu i jego kompetencje]	928
Art. 102a. [Nabór na stanowisko Prezesa Funduszu]	936
Art. 103. [Zastępcy Prezesa Funduszu]	938
Art. 103a. [Nabór na stanowiska zastępców Prezesa Funduszu]	939
Art. 104. [Publikacje planów i sprawozdań]	940
Art. 105. (uchylony)	941
Art. 106. [Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu i jej kompetencje]	941
Art. 107. [Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu i jego kompetencje]	945
Art. 107a. [Nabór kandydatów do pracy w Funduszu]	950

Art. 107b.	[Informacje o kandydatach do pracy w Funduszu]	950
Art. 107c.	[Termin składania dokumentów przez kandydatów do pracy w Funduszu]	951
Art. 107d.	[Lista kandydatów do pracy w Funduszu]	951
Art. 107e.	[Protokół przeprowadzonego naboru kandydatów do pracy w Funduszu]	951
Art. 107f.	[Informacje o wynikach naboru kandydatów do pracy w Funduszu]	951
Art. 107g.	[Zasady nawiązywania stosunku pracy z osobami wyłonionymi w drodze naboru]	952
Art. 107h.	[Obsadzanie stanowisk kierowników komórek organizacyjnych centrali Funduszu oraz ich zastępców]	952
Art. 108.	[Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez oddział wojewódzki Funduszu]	954
Art. 109.	[Indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego]	955
I.	Zagadnienia ogólne	955
II.	Sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	958
III.	Sprawy dotyczące ustalenia prawa do świadczeń	961
IV.	Inne typy decyzji	966
V.	Tryb postępowania	966
Art. 109a.	[Wydawanie interpretacji indywidualnych]	975
Art. 110.	(uchylony)	980
Art. 111.	[Zastosowanie przepisów z zakresu ubezpieczenia społecznego rolników]	980
Art. 112.	[Ograniczenia w zatrudnieniu, wykonywania działalności gospodarczej oraz zakaz konkurencji pracowników NFZ]	981
Rozdział 2		
Gospodarka finansowa Funduszu		984
Art. 113.	[Zasady prowadzenia gospodarki finansowej przez Fundusz]	984
Art. 114.	[Charakter środków finansowych i obsługa bankowa]	986
Art. 115.	[Fundusz podstawowy i zapasowy]	988
Art. 116.	[Przychody Funduszu]	989
I.	Zagadnienia ogólne	990
II.	Dotacje budżetowe	990
III.	Roszczenia regresowe	995
IV.	Przychody wynikające z opłat określonych w innych ustawach	998
V.	Odpis na Agencje	1000
Art. 117.	[Koszty Funduszu]	1001
Art. 118.	[Plan finansowy Funduszu]	1002

Art. 118a.	(uchylony)	1003
Art. 119.	[Plan finansowy Funduszu – delegacja do wydania rozporządzenia]	1004
I.	Zagadnienia ogólne	1004
II.	Konstrukcja planu finansowego. Podział pomiędzy centralę Funduszu a oddziały Funduszu	1005
III.	Podział środków finansowych pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie NFZ	1006
IV.	Tryb podziału a migracja ubezpieczonych	1010
Art. 120.	[Prognoza przychodów i kosztów]	1012
Art. 121.	[Zasady opracowywania projektu planu finansowego Funduszu]	1013
Art. 122.	[Brak zatwierdzenia lub nieustalenie planu finansowego Funduszu]	1013
Art. 123.	[Ustalenie planu finansowego przez ministra właściwego do spraw zdrowia]	1014
Art. 124.	[Zmiany planu finansowego Funduszu]	1014
Art. 125.	[Uprawnienia oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie uzyskiwania przychodów z nadwyżki planu]	1017
Art. 126.	[Sprawozdanie z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu]	1018
Art. 127.	[Kredyty i pożyczki zaciągane przez Fundusz]	1019
Art. 128.	[Rachunkowość Funduszu]	1020
Art. 129.	[Pokrycie strat i przeznaczenie zysków Funduszu]	1022
Art. 130.	[Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu]	1023
Art. 131.	[Okresowe sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu]	1023
Art. 131a.	(uchylony)	1024
Art. 131b.	[Plan zakupu świadczeń]	1025

Dział Va

Finansowanie ochrony zdrowia	1027
Art. 131c. [Wysokość środków przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia]	1027
Art. 131d. [Zwiększenie finansowania świadczeń gwarantowanych]	1030

Dział VI

Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami		1031
Art. 132.	[Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej]	1031
I.	Zagadnienia ogólne	1032
II.	Charakter prawny umowy	1033

	III.	Tryb zawarcia umowy	1035
	IV.	Ograniczenie podmiotowe w zawieraniu umów	1037
	V.	Umowa a wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej	1046
Art. 132a.		[Konsorcjum świadczeniodawców]	1061
Art. 132b.		[Zawieranie umów w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej]	1064
Art. 132c.		[Wypłata wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy]	1066
Art. 133.		[Podwykonawstwo]	1070
	I.	Definicja podwykonawcy	1070
	II.	Dopuszczalność podwykonawstwa w umowie z NFZ	1071
Art. 134.		[Równe traktowanie świadczeniodawców]	1075
Art. 135.		[Jawność umów i ofert]	1077
Art. 136.		[Elementy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej]	1083
	I.	Charakterystyka umowy. Umowa typowa	1084
	II.	Przedawnienie roszczeń wynikających z umowy	1090
	III.	Przedawnienie roszczeń a zasady współżycia społecznego	1094
Art. 136a.		(uchylony)	1096
Art. 136b.		[Obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy]	1096
Art. 136c.		[Ryczałt PSZ]	1097
Art. 137.		[Ogólne warunki umów]	1100
	I.	Zagadnienia ogólne	1100
	II.	Zakres odpowiedzialności świadczeniodawcy	1101
	III.	Obowiązki świadczeniodawcy w zakresie czasu i miejsca realizacji świadczeń	1107
	IV.	Obowiązki świadczeniodawcy względem adresatów świadczeń	1108
	V.	Zasady dotyczące rozliczania świadczeń – świadczenia nienależne	1109
	VI.	Kary umowne przewidziane w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	1114
	VII.	Przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	1117
Art. 138.		[Wyłączenie stosowania przepisów o zamówieniach publicznych]	1118
Art. 139.		[Tryby zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej]	1119
	I.	Zagadnienia ogólne	1120
	II.	Zmiany dotyczące kontraktowania świadczeń wynikające z nowelizacji z 22.07.2014 r.	1122

	III. Zasady ogłaszania postępowania	1122
Art. 139a.	[Świadczeniodawcy dopuszczani do postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych z wykorzystaniem inwestycji, co do której została wydana opinia o jej celowości]	1124
Art. 140.	[Opis przedmiotu zamówienia]	1125
Art. 141.	[Opis przedmiotu zamówienia]	1126
Art. 142.	[Konkurs ofert]	1127
	I. Zasady prowadzenia konkursu ofert	1127
	II. Przygotowanie oferty	1132
Art. 143.	[Rokowania]	1136
Art. 144.	[Przesłanki ogłoszenia postępowania w trybie rokowań]	1138
Art. 145.	[Krąg podmiotów uczestniczących w rokowaniach]	1139
Art. 146.	[Tryb określania przedmiotu postępowania i szczegółowych warunków umów]	1141
Art. 147.	[Jawność kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców]	1144
Art. 148.	[Ustawowe kryteria oceny]	1144
Art. 149.	[Przyczyny odrzucenia oferty]	1149
	I. Zagadnienia ogólne	1150
	II. Złożenie oferty po terminie	1152
	III. Nieprawdziwość danych zawartych w ofercie	1152
	IV. Brak określenia przedmiotu oferty lub proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej	1157
	V. Zaoferowanie rażąco niskiej ceny w stosunku do przedmiotu zamówienia	1157
	VI. Nieważność oferty na podstawie odrębnych przepisów	1159
	VII. Alternatywność oferty	1160
	VIII. Niespełnienie wymogów określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu	1160
	IX. Uprzednie rozwiązanie przez Fundusz umowy w trybie natychmiastowym	1162
	X. Brak pozytywnej opinii o celowości inwestycji	1165
	XI. Brak autoryzacji	1165
Art. 150.	[Unieważnienie postępowania]	1166
Art. 151.	[Rozstrzygnięcie postępowania]	1167
Art. 152.	[Środki odwoławcze]	1168
Art. 153.	[Protest]	1170
Art. 154.	[Odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy]	1171

Art. 155.	[Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – stosowanie przepisów Kodeksu cywilnego, forma, przypadki nieważności, ograniczenie cesji]	1175
Art. 156.	[Okres trwania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej]	1178
Art. 157.	[Zmiana umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej]	1181
Art. 158.	[Nieważność zmiany w zawartej umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej]	1182
Art. 159.	[Tryb zawierania umów dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej i zaopatrzenia w wyroby medyczne]	1185
I.	Zagadnienia ogólne	1186
II.	Podstawowa opieka zdrowotna	1188
III.	Zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej	1189
IV.	Pozostałe przypadki, w których nie stosuje się trybu konkursu ofert	1191
Art. 159a.	[Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu systemu zabezpieczenia]	1192
Art. 160.	[Zażalenie na czynność dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu]	1194
Art. 161.	[Tryb wnoszenia i rozpatrywania zażalenia]	1194
Art. 161a.	(uchylony)	1196
Art. 161b.	[Ponowne postępowanie]	1196

Dział VIa

Transport sanitarny	1198
Art. 161ba. [Sposoby wykonywania transportu sanitarnego]	1198
Art. 161c. [Zasady zawierania umów z zakresu transportu sanitarnego]	1199
Art. 161d. [Działalność lotniczych zespołów transportu sanitarnego]	1201
Art. 161e. [Kontrola podmiotów wykonujących transport sanitarny]	1202

Dział VII

Nadzór	1203
Art. 162. [Organ sprawujący nadzór nad Funduszem]	1203
I. Pojęcie nadzoru	1203
II. Organy nadzoru	1204
III. Gospodarka finansowa Funduszu	1204
Art. 163. [Kryteria sprawowania nadzoru nad działalnością Funduszu i innych podmiotów]	1205
I. Działalność objęta nadzorem	1206
II. Badanie oraz stwierdzanie nieważności uchwały rady Funduszu lub decyzji Prezesa Funduszu	1207
III. Wyłączenie obszarów działalności z nadzoru	1209

Art. 164.	[Kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie nadzoru]	1209
Art. 165.	[Kompetencje ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie nadzoru]	1210
Art. 166.	(uchylony)	1213
Art. 167.	[Sankcje stosowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie nadzoru]	1213
Art. 168.	[Żądanie niezwłocznego rozpatrzenia sprawy]	1214
Art. 169.	[Kompetencje ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie nadzoru]	1215
Art. 170.	[Sankcje stosowane w trybie nadzoru wobec apteki, świadczeniodawcy i innego podmiotu]	1216
Art. 171.	[Sankcje stosowane w trybie nadzoru w przypadku rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców]	1217
Art. 172.	[Sankcje stosowane w trybie nadzoru wobec świadczeniodawcy]	1217
Art. 173.	[Zasady prowadzenia kontroli działalności Funduszu, świadczeniodawców, aptek i innych podmiotów]	1218
Art. 174–180.	(uchylone)	1219
Art. 181.	[Odpowiednie stosowanie przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego]	1220
Art. 182.	[Stosowanie przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego do postępowania przed ministrem właściwym do spraw finansów publicznych]	1220
Art. 183.	[Tryb egzekucji kar pieniężnych nakładanych w trybie nadzoru]	1221
Art. 184.	[Skarga do sądu administracyjnego na decyzje wydane w trybie nadzoru]	1221
Art. 185.	[Zawiadomienie podmiotu tworzącego o nieprawidłowościach stwierdzonych u świadczeniodawcy]	1221
Art. 186.	[Zakaz zatrudnienia i pełnienia funkcji przez osoby sprawujące czynności nadzorcze]	1222
Art. 187.	[Przedstawianie sprawozdań z działalności Funduszu]	1223

Dział VIII

Przetwarzanie i ochrona danych	1224
Art. 188. [Uprawnienie do przetwarzania danych osobowych świadczeniobiorców przez Fundusz]	1224
Art. 188a. [Uprawnienie do przetwarzania danych osobowych osób udzielających świadczeń przez Fundusz]	1238
Art. 188b. [Uprawnienie do przetwarzania danych osobowych osób udzielających świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej]	1240

Art. 188ba.	[Uprawnienie do przetwarzania danych osobowych osób ubiegających się o nadanie dostępu lub korzystających z aplikacji udostępnianych przez NFZ]	1240
Art. 188c.	[Elektroniczny system monitorowania programów lekowych]	1241
Art. 188d.	[Uprawnienie do przetwarzania danych przez jednostki samorządu terytorialnego]	1242
Art. 188da.	[Uprawnienie do przetwarzania danych przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Szefa Agencji Wywiadu]	1243
Art. 188e.	[Elektroniczny system monitorowania programów zdrowotnych]	1245
Art. 189.	[Zakres gromadzonych danych świadczeniodawców]	1246
Art. 189a.	[Zakres danych przekazywanych wojewodzie oraz marszałkowi województwa przez NFZ]	1246
Art. 190.	[Zakres danych gromadzonych przez Fundusz, apteki i świadczeniodawców – delegacja do wydania rozporządzenia]	1247
Art. 191.	[Gromadzenie i przetwarzanie danych przez ministra właściwego do spraw zdrowia]	1249
Art. 191a.	[System Rejestru Usług Medycznych]	1250
Art. 192.	[Informowanie ubezpieczonego o udzielonych mu świadczeniach]	1251
Art. 192a.	[Pozyskiwanie informacji od ubezpieczonego o udzielonych mu świadczeniach]	1256

Dział IX

Przepisy karne	1258
Art. 192b–192c. (uchylone)	1258
Art. 193. [Wykroczenia związane z naruszeniem przepisów ustawy]	1258
Art. 194. [Odpowiedzialność osób działających w imieniu osób prawnych]	1260
Art. 194a. [Zatrudnienie kontrolera w podmiocie kontrolowanym przed upływem dwóch lat od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego]	1261
Art. 195. [Tryb orzekania w sprawach o wykroczenia]	1261

DZIAŁ X

Zmiany w przepisach obowiązujących	1262
Art. 196–228. (pominięte)	1262

Dział XI

Przepisy przejściowe, dostosowawcze i końcowe	1263
Art. 229. [Odesłania ustawowe do dotychczasowych przepisów]	1263
Art. 230. [Ubezpieczeni na podstawie dotychczasowych przepisów]	1263

Art. 231.	[Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym]	1263
Art. 232.	[Prawa i mienie Funduszu utworzonego na podstawie ustawy z 2003 r.]	1264
Art. 233.	[Bilans zamknięcia, plan finansowy i sprawozdanie finansowe Funduszu]	1264
Art. 234.	[Ujawnienie praw Funduszu w księgach wieczystych]	1265
Art. 235.	[Przejęcie zbiorów danych]	1265
Art. 236.	[Przejęcie obsługi bankowej Funduszu przez BGK]	1265
Art. 237.	[Wojewódzkie oddziały i centrala Funduszu utworzone na podstawie ustawy z 2003 r.]	1265
Art. 238.	[Pracownicy oddziałów wojewódzkich i centrali Funduszu]	1265
Art. 239.	[Nadzór nad organizowaniem Funduszu]	1266
Art. 240.	[Dowody ubezpieczenia zdrowotnego do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego]	1266
Art. 241.	[Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom spełniającym kryterium dochodowe z ustawy o pomocy społecznej]	1267
Art. 242.	[Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2004–2006]	1267
Art. 243.	[Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2004–2007 w przypadku niektórych ubezpieczonych]	1267
Art. 244.	(uchylony)	1267
Art. 245.	[Zwolnienie z opłaty w przypadku ubezpieczenia dobrowolnego]	1268
Art. 246.	[Postępowania niezakończone przed dniem wejścia w życie ustawy]	1268
Art. 247.	[Utrzymanie w mocy aktów wykonawczych]	1268
Art. 248.	[Zachowanie w mocy przepisów dotychczasowych]	1268
Art. 249.	[Podmioty pełniące tymczasowo funkcję organów Funduszu]	1268
Art. 250.	[Powołanie jednostki organizacyjnej do spraw oceny procedur medycznych]	1269
Art. 251.	[Przepis derogacyjny]	1269
Art. 252.	[Wejście w życie ustawy]	1269

ZAŁĄCZNIK

(uchylony)	1270
------------------	------

Orzecznictwo	1271
---------------------------	------

Literatura	1283
-------------------------	------

O autorach	1289
-------------------------	------

WYKAZ SKRÓTÓW

Źródła prawa

Artykuły powołane w komentarzu bez bliższego określenia oznaczają artykuły ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.)

dyrektywa 2014/24/UE	– dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z 26.02.2014 r. w sprawie zamówień publicznych, uchylająca dyrektywę 2004/18/WE (Dz.Urz. UE L 94, s. 65, ze zm.)
dyrektywa transgraniczna	– dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9.03.2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88, s. 45)
k.c.	– ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2022 r. poz. 1360 ze zm.)
k.k.	– ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 ze zm.)
k.k.w.	– ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2023 r. poz. 127 ze zm.)
Konstytucja RP	– Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
k.p.	– ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2022 r. poz. 1510 ze zm.)
k.p.a.	– ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 775 ze zm.)
k.p.c.	– ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 1805 ze zm.)
k.p.k.	– ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2022 r. poz. 1375 ze zm.)
k.p.w.	– ustawa z 24.08.2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz.U. z 2022 r. poz. 1124 ze zm.)
k.s.h.	– ustawa z 15.09.2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1467 ze zm.)

k.w.	– ustawa z 20.05.1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2022 r. poz. 2151 ze zm.)
nowelizacja z 24.08.2007 r.	– ustawa z 24.08.2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 166, poz. 1172)
nowelizacja z 25.06.2009 r.	– ustawa z 25.06.2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz.U. Nr 118, poz. 989)
nowelizacja z 25.09.2009 r.	– ustawa z 25.09.2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 178, poz. 1374)
nowelizacja z 29.10.2010 r.	– ustawa z 29.10.2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz.U. Nr 225, poz. 1465)
nowelizacja z 27.07.2012 r.	– ustawa z 27.07.2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 1016)
nowelizacja z 11.10.2013 r.	– ustawa z 11.10.2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1290)
nowelizacja z 21.03.2014 r.	– ustawa z 21.03.2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 619)
nowelizacja z 22.07.2014 r.	– ustawa z 22.07.2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1138 ze zm.)
nowelizacja z 10.10.2014 r.	– ustawa z 10.10.2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1491)
nowelizacja z 24.07.2015 r.	– ustawa z 24.07.2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. poz. 1365 ze zm.)
nowelizacja z 9.10.2015 r.	– ustawa z 9.10.2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1991 ze zm.)
nowelizacja z 18.03.2016 r.	– ustawa z 18.03.2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 652 ze zm.)
nowelizacja z 10.06.2016 r.	– ustawa z 10.06.2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960)

nowelizacja z 21.07.2016 r.	– ustawa z 21.07.2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1355 ze zm.)
nowelizacja z 4.11.2016 r.	– ustawa z 4.11.2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2173 ze zm.)
nowelizacja z 2.12.2016 r.	– ustawa z 2.12.2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 2250)
nowelizacja z 9.03.2017 r.	– ustawa z 9.03.2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 759)
nowelizacja z 23.03.2017 r.	– ustawa z 23.03.2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 844)
nowelizacja z 25.05.2017 r.	– ustawa z 25.05.2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1200 ze zm.)
nowelizacja z 29.09.2017 r.	– ustawa z 29.09.2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2110)
nowelizacja z 24.11.2017 r.	– ustawa z 24.11.2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 2434)
nowelizacja z 20.07.2018 r.	– ustawa z 20.07.2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1515 ze zm.)
nowelizacja z 6.12.2018 r.	– ustawa z 6.12.2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2429 ze zm.)
nowelizacja z 21.02.2019 r.	– ustawa z 21.02.2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 399 ze zm.)
nowelizacja z 19.07.2019 r.	– ustawa z 19.07.2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz.U. poz. 1590)
nowelizacja z 14.08.2020 r.	– ustawa z 14.08.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. poz. 1493)
nowelizacja z 10.12.2020 r.	– ustawa z 10.12.2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2345)
nowelizacja z 20.05.2021 r.	– ustawa z 20.05.2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1292)

nowelizacja z 17.11.2021 r.	– ustawa z 17.11.2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2120)
nowelizacja z 16.11.2022 r.	– ustawa z 16.11.2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2770)
o.p.	– ustawa z 29.08.1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. z 2022 r. poz. 2651 ze zm.)
o.w.u.	– Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787 ze zm.)
o.w.u. dla aptek	– Ogólne warunki umów na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę – załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8.12.2011 r. w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept (Dz.U. z 2021 r. poz. 337)
o.w.u. z 2008 r.	– Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484)
p.p.s.a.	– ustawa z 30.08.2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz.U. z 2023 r. poz. 259 ze zm.)
pr. farm.	– ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2022 r. poz. 2301 ze zm.)
pr. oś.	– ustawa z 14.12.2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. z 2021 r. poz. 1082 ze zm.)
pr. poczt.	– ustawa z 23.11.2012 r. – Prawo pocztowe (Dz.U. z 2022 r. poz. 896 ze zm.)
pr. przeds.	– ustawa z 6.03.2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2023 r. poz. 221 ze zm.)
protokół w sprawie koordynacji	– protokół w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz.Urz. UE L 149 z 2021 r., s. 2292)
p.s.w.n.	– ustawa z 20.07.2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2023 r. poz. 742 ze zm.)
p.z.p.	– ustawa z 11.09.2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1710 ze zm.)
r.d.m.	– rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.)

r.n.i.	– rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.06.2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 434 ze zm.)
RODO	– rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1)
rozporządzenia koszykowe	– rozporządzenia wydane na podstawie art. 31d u.s.o.z. w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach
rozporządzenie kryterialne	– rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5.08.2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1372)
rozporządzenie nr 1408/71	– rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z 14.06.1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz.Urz. WE L 149, s. 2)
rozporządzenie nr 574/72	– rozporządzenie Rady (EWG) nr 574/72 z 21.03.1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz.Urz. WE L 74, s. 1)
rozporządzenie nr 883/2004	– rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29.04.2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. UE L 166, s. 1)
rozporządzenie nr 987/2009	– rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z 16.09.2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. UE L 284, s. 1)
rozporządzenie nr 1231/2010	– rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z 24.11.2010 r. rozszerzające rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz.Urz. UE L 344, s. 1)
rozporządzenie 2017/745	– rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z 5.04.2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy

	2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz.Urz. UE L 117, s. 1)
rozporządzenie 2017/746	– rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z 5.04.2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylecia dyrektywy 98/79/WE i decyzji Komisji 2010/227/UE (Dz.Urz. UE L 117, s. 176)
r.r.	– rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23.12.2020 r. w sprawie recept (Dz.U. z 2023 r. poz. 487)
r.ś.g.l.sz.	– rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 290 ze zm.)
r.t.k.p.ś.	– 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. Nr 193, poz. 1495)
r.u.ś.o.z.	– rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14.10.2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz.U. poz. 1858)
r.z.u.e.r.	– rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 18.12.1998 r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe (Dz.U. z 2017 r. poz. 1949 ze zm.)
Statut NFZ	– Statut Narodowego Funduszu Zdrowia – załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 11.12.2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz.U. z 2023 r. poz. 349)
TFUE	– Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz.Urz. UE C 202 z 2016 r., s. 47)
u.b.ż.ż.	– ustawa z 25.08.2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2022 r. poz. 2132)
u.cudz.	– ustawa z 12.12.2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. z 2023 r. poz. 519 ze zm.)
u.d.i.p.	– ustawa z 6.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 902)
u.d.l.	– ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.)
u.d.o.a.	– ustawa z 20.03.2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 388)

u.d.p.p.w.	– ustawa z 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2022 r. poz. 1327 ze zm.)
u.e.l.	– ustawa z 24.09.2010 r. o ewidencji ludności (Dz.U. z 2022 r. poz. 1191 ze zm.)
u.e.r.FUS	– ustawa z 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 504 ze zm.)
u.f.p.	– ustawa z 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1634 ze zm.)
u.FM	– ustawa z 7.10.2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz.U. poz. 1875 ze zm.)
u.FS	– ustawa z 23.10.2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. z 2023 r. poz. 647)
u.g.h.	– ustawa z 19.11.2009 r. o grach hazardowych (Dz.U. z 2023 r. poz. 227)
u.i.a.	– ustawa z 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1850)
u.i.d.p.	– ustawa z 17.02.2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2023 r. poz. 57)
u.k.a.r.	– ustawa z 15.07.2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz.U. z 2020 r. poz. 224)
u.k.o.r.	– ustawa z 24.01.1991 r. o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. z 2022 r. poz. 2039 ze zm.)
u.k.o.z.	– ustawa z 6.11.2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2022 r. poz. 2524)
u.KP	– ustawa z 7.09.2007 r. o Karcie Polaka (Dz.U. z 2023 r. poz. 192)
u.KSO	– ustawa z 9.03.2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz.U. poz. 650)
u.l.u.	– ustawa z 28.07.2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2023 r. poz. 151 ze zm.)
umowa o handlu i współpracy	– umowa o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz.Urz. UE L 149 z 2021 r., s. 10)
umowa o wystąpieniu	– umowa o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz.Urz. UE C 384I z 2019 r., s. 1)
u.NIK	– ustawa z 23.12.1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2022 r. poz. 623)
u.o.O.	– ustawa z 11.03.2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz.U. poz. 2305 ze zm.)
u.o.z.p.	– ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r. poz. 2123)

u.p.d.o.f.	– ustawa z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2647 ze zm.)
u.p.e.a.	– ustawa z 17.06.1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2022 r. poz. 479 ze zm.)
u.PIS	– ustawa z 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 338)
u.p.n.	– ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r. poz. 172 ze zm.)
u.p.o.U.	– ustawa z 12.03.2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. z 2023 r. poz. 103 ze zm.)
u.POZ	– ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2527)
u.p.p.p.k.	– ustawa z 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2020 r. poz. 2134 ze zm.)
u.p.p.RPP	– ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2022 r. poz. 1876 ze zm.)
u.PRM	– ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1720 ze zm.)
u.p.s.	– ustawa z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 901 ze zm.)
u.p.s.k.	– ustawa z 22.08.1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2023 r. poz. 318)
u.p.u.NFZ	– ustawa z 23.01.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm.) – uchylona z dniem 1.10.2004 r.
u.p.u.z.	– ustawa z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) – uchylona z dniem 1.04.2003 r.
u.p.z.	– ustawa z 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 735 ze zm.)
u.rach.	– ustawa z 29.09.1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2023 r. poz. 120 ze zm.)
u.r.l.	– ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2555 ze zm.)
u.r.ś.u.	– ustawa z 31.01.2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1051)
u.r.z.s.n.	– ustawa z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 100 ze zm.)
u.s.	– ustawa z 25.06.2010 r. o sporcie (Dz.U. z 2022 r. poz. 1599 ze zm.)
u.s.c.	– ustawa z 21.11.2008 r. o służbie cywilnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 1691)

u.s.d.g.	– ustawa z 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2168 ze zm.) – nie obowiązuje
u.SG	– ustawa z 12.10.1990 r. o Straży Granicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 1061 ze zm.)
u.s.g.	– ustawa z 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2023 r. poz. 40 ze zm.)
u.s.i.o.z.	– ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2022 r. poz. 1555 ze zm.)
u.s.m.p.	– ustawa z 27.06.1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2022 r. poz. 437)
u.s.u.s.	– ustawa z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1009 ze zm.)
u.s.w.	– ustawa z 5.06.1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2022 r. poz. 2094 ze zm.)
u.ś.o.z.	– ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.)
u.ś.u.d.e.	– ustawa z 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2020 r. poz. 344)
u.URPL	– ustawa z 18.03.2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2258)
u.u.s.r.	– ustawa z 20.12.1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 2023 r. poz. 208 ze zm.)
u.w.d.g.	– ustawa z 19.08.2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. z 2022 r. poz. 2205)
u.w.k.c.r.	– ustawa z 4.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329 ze zm.)
u.w.m.	– ustawa z 7.04.2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. poz. 974)
u.w.m.p.s.	– ustawa z 9.05.1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz.U. z 2022 r. poz. 1339 ze zm.)
u.w.r.s.p.z.	– ustawa z 9.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2022 r. poz. 447 ze zm.)
u.w.t.p.a.	– ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r. poz. 165 ze zm.)
u.z.f.	– ustawa z 25.09.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2022 r. poz. 168 ze zm.)
u.z.farm.	– ustawa z 10.12.2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2022 r. poz. 1873)
u.z.i.w.w.	– ustawa z 29.05.1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2022 r. poz. 2287 ze zm.)
u.z.l.l.d.	– ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2022 r. poz. 1731 ze zm.)

u.z.o.z.	– ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) – uchylona z dniem 1.07.2011 r.
u.z.p.	– ustawa z 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1608)
u.z.p.p.	– ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2702 ze zm.)
u.z.u.SZ	– ustawa z 17.12.1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz.U. z 2023 r. poz. 755)
u.z.z.z.	– ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2022 r. poz. 1657 ze zm.)
zarządzenie nr 18/2017/DSOZ	– zarządzenie nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 14.03.2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Czasopisma i publikatory

BIP	– Biuletyn Informacji Publicznej
BSN	– Biuletyn Sądu Najwyższego
CBOSA	– Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych
Dz.U.	– Dziennik Ustaw
Dz.Urz. MZ	– Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia
Dz.Urz. UE	– Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej
Dz.Urz. WE	– Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich
M.P.	– Monitor Polski
Med. Prakt.	– Medycyna Praktyczna
MoP	– Monitor Prawniczy
NP	– Nowe Prawo
ONSA	– Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego
ONSAiWSA	– Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego i wojewódzkich sądów administracyjnych
OSA	– Orzecznictwo Sądów Apelacyjnych
OSNAPIUS	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
OSNC	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNKW	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Wojskowa
OSNP	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych
OSP	– Orzecznictwo Sądów Polskich
OTK	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
OTK-A	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, Seria A
OWSS	– Orzecznictwo w Sprawach Samorządowych

PiM	– Prawo i Medycyna
PiP	– Państwo i Prawo
PiZS	– Praca i Zabezpieczenie Społeczne
Prok. i Pr.	– Prokuratura i Prawo
PS	– Przegląd Sądowy
PUSiG	– Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych

Inne

AOS	– ambulatoryjna opieka specjalistyczna
AOTMiT lub Agencja	– Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ASDK	– ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne
CEZ	– Centrum e-Zdrowie
CWU	– Centralny Wykaz Ubezpieczonych
EBM	– medycyna oparta na faktach (ang. <i>evidence-based medicine</i>)
EFTA	– European Free Trade Association – Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu
EKUZ	– Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego
eWUŚ	– Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców
HTA	– ocena technologii medycznych (ang. <i>health technology assessment</i>)
IKP	– Internetowe Konto Pacjenta
IOWISZ	– Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia
JGP	– jednorodne grupy pacjentów (ang. <i>diagnosis related groups</i>)
karta DiLO	– karta diagnostyki i leczenia onkologicznego
KPK	– krajowy punkt kontaktowy
KRS	– Krajowy Rejestr Sądowy
KRUS	– Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
KSO	– Krajowa Sieć Onkologiczna
MON	– Ministerstwo Obrony Narodowej
MZ	– Ministerstwo Zdrowia
NFZ lub Fundusz	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NIZP-PZH	– Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
NPZ	– Narodowy Program Zdrowia
NSA	– Naczelny Sąd Administracyjny
pionizacja	– zmiana organizacji funkcjonowania NFZ wynikająca z nowelizacji z 14.08.2020 r.
POZ	– podstawowa opieka zdrowotna
PSZ	– system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej
RDTL	– ratunkowy dostęp do technologii lekowych
SA	– sąd apelacyjny

SIM	– System Informacji Medycznej
SN	– Sąd Najwyższy
SO	– sąd okręgowy
SPZOZ	– samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
SR	– sąd rejonowy
WHO	– Światowa Organizacja Zdrowia
WSA	– wojewódzki sąd administracyjny
ZOL	– zakład opiekuńczo-leczniczy
ZPO	– zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
ZRL	– zakład rehabilitacji leczniczej
ZSRR	– Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich
ZUS	– Zakład Ubezpieczeń Społecznych

WSTĘP

Przedstawiam Państwu czwarte wydanie komentarza do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Od momentu pierwszej publikacji w 2010 r. wiele wydarzyło się w zakresie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Niniejszy praktyczny komentarz ma na celu aktualizację dotychczas przedstawionej wiedzy, ze szczególnym uwzględnieniem doświadczeń zawodowych autorów – pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia – w zakresie funkcjonowania instytucji komentowanej ustawy.

Obowiązująca od blisko dwudziestu lat ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest jedną z podstawowych ustaw określających zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Warto przypomnieć, że zastąpiła ona ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz wcześniej obowiązującą ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, zastępując tym samym model ubezpieczeniowy modelem mieszanym¹. W ten sposób komentowana ustawa zmieniła charakter systemu. „Ubezpieczeniowość” zeszała na dalszy plan, a podstawowym elementem stała się kwestia ustalenia warunków i zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Taka modyfikacja wynikała z wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 7.01.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004/1, poz. 1, który uznając większość przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia za niezgodne z Konstytucją RP, wskazał, że przyszanje ona obywatelom prawo do świadczeń zdrowotnych niezależnie od tego, czy obywatel jest osobą ubezpieczoną². Wyrok Trybunału Konstytucyjnego zdeterminował

¹ W teorii finansów publicznych systemy finansowania opieki zdrowotnej dzieli się również według czterech kategorii. Przyjmuje się istnienie czterech podstawowych modeli: model Beveridge’a (m.in. system narodowej służby zdrowia, w którym władze publiczne biorą odpowiedzialność organizacyjną i finansową za ochronę zdrowia – system budżetowy oparty na jednym płatniku i finansowany z podatków – np. Wielka Brytania), model Bismarcka (system ubezpieczeń zdrowotnych finansowany ze składek ubezpieczeniowych mających charakter obowiązkowy – np. Niemcy), model rezydualny (państwo nie bierze odpowiedzialności za organizację i finansowanie opieki zdrowotnej i pozostaje ona indywidualną sprawą obywatela – np. USA), model Siemaszki (państwo bierze pełną odpowiedzialność za organizację i finansowanie pełnego pakietu usług zdrowotnych i jest właścicielem placówek służby zdrowia – państwa byłego bloku wschodniego). Por. S. Owsiak, *Finanse publiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa 2006, s. 160–161.

² G. Machulak [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków pomocy publicznej. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 43.

zatem ustawowy model systemu ochrony zdrowia, w którym państwo powinno zapewnić obywatelom realne prawo do ochrony zdrowia, jednak szczegółowe zasady funkcjonowania systemu określa obecnie obowiązująca ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Widać to również w ostatnich kilku latach, w których ustawodawca zdaje się zapominać o ubezpieczeniowym charakterze uprawnień, które pomimo zmian w przepisach nie powinny tracić całkowitego znaczenia. Nie można bowiem zapominać, że w ustawie kwestii podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu poświęcona jest jej znaczna część. Dotychczas prosta zasada, wedle której świadczenia dla ubezpieczonych finansowane są ze składek, a dla innych osób z budżetu państwa, doznaje istotnych wyłomów, a sposób wprowadzanych zmian powoduje, że nawet specjalistom trudno się zorientować, jaki jest ich cel.

Niewątpliwie komentowana ustawa, jak większość regulacji prawnych, ma charakter dynamiczny, co przekłada się na wiele jej nowelizacji, wpływających na kształt systemu, interpretację przepisów oraz pojawiające się nowe problemy praktyczne.

Od publikacji poprzedniej wersji komentarza ustawa o świadczeniach była wielokrotnie nowelizowana, co spowodowało, że utracił on już walory praktyczne. Będące synonimem naszych czasów niezwykle szybko wprowadzane zmiany powodują, że tego rodzaju publikacja prawie natychmiast się dezaktualizuje. Chociaż współczesny sposób wprowadzania zmian legislacyjnych powoduje szybką bezprzedmiotowość aktualizacji takich publikacji, to jednak duży stopień ich skomplikowania wymaga czasem sięgnięcia do wiedzy historycznej oraz przepisów aktów jednorazowych, niewprowadzanych co do zasady do tekstów jednolitych czy ujednoliconych podstawowych ustaw. Niewątpliwie pomimo wielu zapowiedzi wprowadzane zmiany nie mają charakteru systemowego, można nawet stwierdzić, że niektóre z nich nie były znaczące.

Zapowiadana likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia nie nastąpiła, nie wprowadzono również alternatywnych form ubezpieczeń zdrowotnych. Nie można jednak zapominać o tak istotnych modyfikacjach jak wprowadzenie z dniem 1.01.2012 r. ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, która zastąpiła dotychczasowe regulacje ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie refundacji cen leków i wyrobów medycznych. Ponadto trzeba pamiętać o obowiązującej od 1.01.2013 r. nowelizacji z 27.07.2012 r., która zmieniła system weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, oraz o nowelizacji z 11.10.2013 r., istotnie modyfikującej zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uległa również ważnym zmianom w związku z transpozycją do polskiego porządku prawnego dyrektywy transgranicznej.

Od kilkunastu lat, tj. od wejścia w życie nowelizacji z 25.06.2009 r., wobec określenia wykazu świadczeń gwarantowanych ustalanych w drodze rozporządzeń wydawanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, obowiązuje tzw. pozytywny koszyk świadczeń gwarantowanych,

którego główną rolą jest precyzyjne wskazanie świadczeń opieki zdrowotnej, które są przedmiotem finansowania ze środków publicznych.

Rok 2014 przynosi kolejne gruntowne zmiany ustawy: nowelizacja z 21.03.2014 r. to powrót do starych rozwiązań w zakresie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej i praktyk lekarskich internistyczno-pediatrycznych, który nie utrzymał się zbyt długo; nowelizacja z 22.07.2014 r. – tzw. pakiet kolejkowy, który zmienia zasadniczo kształt systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych nie tylko w zakresie zasad ustalania kolejności dostępu do świadczeń, ich taryfikacji, lecz także planowania potrzeb zdrowotnych oraz zakupu świadczeń, jak również zasad organizacji Narodowego Funduszu Zdrowia; oraz nowelizacja z 10.10.2014 r., wprowadzająca do prawa krajowego dyrektywę transgraniczną.

Następne lata to kolejne zmiany: 2016 r. – nowelizacja z 21.07.2016 r., wprowadzająca system IOWISZ, oraz nowelizacja z 4.11.2016 r., umożliwiająca uporządkowanie kwestii uprawnień do świadczeń ze środków publicznych; 2017 r. – wprowadzenie tzw. sieci szpitali nowelizacją z 23.03.2017 r. oraz wyłączenie ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej z 27.10.2017 r. regulacji dotyczącej podstawowej opieki zdrowotnej z przepisów komentowanej ustawy. Wzbogaciło się również orzecznictwo sądów powszechnych i administracyjnych w zakresie stosowania komentowanej ustawy, co przełożyło się na praktykę Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydawania decyzji administracyjnych, zarówno tych związanych z problematyką ubezpieczenia zdrowotnego i ustalania prawa do świadczeń, jak i podejmowanych w toku postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Od czasów ostatniej publikacji komentarza (2018 r.) najistotniejsze modyfikacje systemu to przede wszystkim znacząca centralizacja w zarządzaniu Narodowym Funduszem Zdrowia oraz zmiany wynikające z przeorganizowania systemu w związku z pandemią COVID-19.

Wśród najistotniejszych modyfikacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych warto zwrócić uwagę na te wynikające z: nowelizacji z 21.02.2019 r., dotyczącej centralizacji procesu kontroli; ustawy o Funduszu Medycznym z 7.10.2020 r.; nowelizacji z 14.08.2020 r., dotyczącej w dużej części zmian w organizacji NFZ; nowelizacji z 20.05.2021 r., dotyczącej modyfikacji systemu opracowania i wdrażania map potrzeb zdrowotnych; nowelizacji z 16.11.2022 r., w głównej mierze odnoszącej się do systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, w istotny sposób modyfikującej system opieki onkologicznej w Polsce.

To wszystko wymaga nowego komentarza, często weryfikacji poprzednio przedstawionych poglądów oraz zaprezentowania praktycznych rozwiązań dotyczących zastosowania przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w praktyce.

Agnieszka Pietraszewska-Macheta

USTAWA

z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 2561; zm.: Dz.U. z 2022 r. poz. 2674,
poz. 2770; z 2023 r. poz. 605, poz. 650, poz. 658)

DZIAŁ I

Przepisy ogólne

Rozdział 1

Zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz objaśnienia określeń ustawowych

Art. 1. [Zakres przedmiotowy ustawy]

Ustawa określa:

- 1) warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) zasady i tryb finansowania świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 2a) zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
- 3) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 4) zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 32;
- 6) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”;
- 6a) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją”;
- 7) zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń, o których mowa w pkt 1.
- 8) wysokość odpisu dla Agencji Badań Medycznych.

I. Konstytucyjny model ochrony zdrowia

1. Przepis ten określa zakres przedmiotowy regulacji, która jest wynikiem wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 7.01.2004 r., K 14/03, OTK-A 2004/1, poz. 1. W świetle art. 68 ust. 1 Konstytucji RP „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Zgodnie zaś z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Pełnej wykładni powyższej normy, w związku z art. 30 i 38 Konstytucji RP, dokonał Trybunał Konstytucyjny w powoływanym wyżej wyroku. Wywiódł on podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP. Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest jakiś abstrakcyjnie określony (i w gruncie rzeczy niedefiniowalny) stan zdrowia poszczególnych jednostek, lecz możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności.
2. Obecna konstrukcja ustawy wynika z wyroku Trybunału Konstytucyjnego, który uznając większość przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia za niezgodną z Konstytucją RP, wskazał, że przyznaje ona obywatelom prawo do świadczeń zdrowotnych niezależnie od tego, czy obywatel jest osobą ubezpieczoną. Wyrok TK wpłynął również na nomenklaturę ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, która osoby uprawnione do świadczeń nazywa „świadczeniobiorcami” (poprzednio nazywała ich „ubezpieczonymi”), zaś umowę ze świadczeniodawcami – „umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” (poprzednio – „umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych”). Ponadto ustawa wprowadziła szereg instytucji, które wprowadziły nie rewolucjonizowały systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, ale zmusiły do nowego spojrzenia na niego.
3. Norma art. 68 ust. 1 Konstytucji RP 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 odpowiednich warunków do realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne bądź czysto potencjalne, wynika jednak wymaganie, by system ten – jako całość – był efektywny.
4. W podobny sposób interpretacji art. 68 Konstytucji RP dokonał Sąd Najwyższy, który w wyroku z 21.12.2004 r., I CK 320/04, LEX nr 369249, stwierdził, że treścią prawa do ochrony zdrowia jest realna możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalne ukierunkowanie na zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. Oznacza to, że:

- 1) działanie systemu opieki zdrowotnej powinno opierać się na środkach publicznych,
- 2) świadczenia finansowane ze środków publicznych mają być dostępne dla obywateli, a
- 3) dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych być równy, co nie oznacza powszechnej dostępności do wszystkich znanych świadczeń opieki¹.

II. Stosunki prawne w ubezpieczeniu zdrowotnym

1. W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalony jest pogląd, że regulacja prawa ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce ma charakter mieszany – publiczno-prywatny². Ubezpieczenia zdrowotne obejmują trzy typy stosunków prawnych, które są współzależne i niezbędne do realizacji prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego³.
2. Podstawowym stosunkiem jest stosunek ubezpieczenia łączący ubezpieczonego z Funduszem. Charakter tego stosunku nie jest ujmowany w sposób jednolity. W piśmiennictwie podnosi się, że jest to stosunek o charakterze zobowiązaniowym, mający swoje źródło w ustawie⁴. Należy jednak podnieść, że wiele elementów tego stosunku ma charakter publicznoprawny, z uwagi na obowiązek podlegania ubezpieczeniu, sposób ustalania i pobierania składek, a także pozycję ustrojową Funduszu jako państwowej osoby prawnej oraz organu administracji w znaczeniu funkcjonalnym. Przemawia to za przyjęciem, że jest to stosunek o charakterze administracyjnoprawnym⁵. Zdaniem niektórych ma on „odrębną naturę prawną (niezasługującą na redukcję jej do ujęć znanych z prawa cywilnego lub prawa administracyjnego), którą można określić jako ubezpieczeniową”⁶. Stosunek ubezpieczeniowy zostaje nawiązany z chwilą zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, w której osoba zgłoszona uzyskuje prawo do świadczeń (art. 67 ust. 2 u.ś.o.z.). Mając na względzie powyższe uwagi zawarte w orzecznictwie SN, należy stwierdzić, że świadczeniobiorcy przysługuje w stosunku do podmiotu finansującego świadczenia opieki zdrowotnej publiczne prawo podmiotowe, którego treścią jest zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie określonym w ustawie.

Dodatkowo wyróżnia się stosunek pomiędzy NFZ i świadczeniodawcą, powstający na podstawie zawieranych umów, oraz stosunek łączący świadczeniodawcę z ubezpieczonym. Stosunek między NFZ a świadczeniodawcą ma charakter umownego zobowiązania, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego⁷.

¹ Opracowano na podstawie: G. Machulak [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa...*, s. 46–50.

² Por. uchwałę SN (7) z 24.01.2007 r., III UZP 4/06, OSNP 2007/15–16, poz. 226.

³ Por. J. Jończyk, *Strony i stosunki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, PiM 2005/1, s. 22 i n.

⁴ Tak T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2007, s. 22.

⁵ Por. wyrok SN z 7.08.2003 r., IV CKN 393/01, LEX nr 279804.

⁶ W. Sanetra, *Stosunki z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego – jedność w różnorodności*, PUSiG 2001/3; podobnie J. Jończyk, *Strony...*

⁷ Por. wyrok SN z 7.08.2003 r., IV CKN 393/01, LEX nr 279804.

W odniesieniu do stosunku łączącego świadczeniobiorcę i świadczeniodawcę w piśmiennictwie podkreśla się, że jest to stosunek zobowiązaniowy, w którym pacjent występuje w roli wierzyciela, świadczeniodawca zaś w roli dłużnika. Źródłem tego stosunku jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcą zawiera obowiązek świadczenia na rzecz osoby trzeciej, którą jest świadczeniobiorca uprawniony do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniobiorca jako beneficjent uzyskuje wtedy prawo do gwarantowanych świadczeń medycznych określonych w ustawie, które ma obowiązek finansować Fundusz⁸. Jak podkreślił Sąd Najwyższy w uchwale z 27.04.2001 r., III CZP 5/01, OSNC 2001/11, poz. 161, roszczenie o to świadczenie może być skierowane zarówno do Funduszu, jak i do świadczeniodawcy, którego wybrał.

W literaturze podkreśla się także, że w stosunku do opieki zdrowotnej źródłem uprawnienia (wierzytelności) nie jest ani umowa stron, ani bezpośrednio ustawa albo jakieś ogólnie rozumiane prawo człowieka i obywatela. Tytułem uprawnienia pacjenta jest ubezpieczenie zdrowotne, a powstaje ono z chwilą zgłoszenia ubezpieczonego i członków jego rodziny do Funduszu. Z tym też momentem powstaje abstrakcyjny (potencjalny) stosunek opieki zdrowotnej między uprawnionym i świadczeniodawcą, który ulega konkretyzacji z chwilą zgłoszenia się ubezpieczonego do konkretnego świadczeniodawcy⁹.

Zakres świadczeń przysługujących uprawnionym. Zakres świadczeń przysługujących uprawnionym ustalony został poprzez określenie uprawnienia do świadczeń gwarantowanych zawartego w art. 15 oraz poprzez przyjęcie sposobu kwalifikowania świadczeń jako świadczeń gwarantowanych zawartego w dziale II rozdziale 1a. Problematyka zakresu świadczeń przysługujących osobom uprawnionym uległa radykalnej zmianie po nowelizacji z 25.06.2009 r. Do tego czasu zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcom określony był w sposób pozytywny w dziale II „Świadczenia opieki zdrowotnej” oraz w sposób negatywny poprzez katalog świadczeń nieprzysługujących świadczeniodawcom na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik do niej, oraz art. 16. Decydujące dla określenia zakresu świadczeń przysługujących na podstawie ustawy było to, czy dane świadczenie znajduje się w katalogu świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych. Budziło to wątpliwości natury praktycznej, albowiem z ustawy wynikało, że każde świadczenie opieki zdrowotnej niewymienione w załączniku do ustawy powinno być finansowane ze środków publicznych. Tymczasem zgodnie z zasadami finansowania świadczeń ze środków publicznych podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej była umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, w konsekwencji której świadczeniobiorca uzyskiwał świadczenia będące przedmiotem tej umowy. Przedmiot umowy był określany przez Prezesa Funduszu na podstawie przepisów art. 146 u.ś.o.z. i to on determinował zakres świadczeń uzyskiwanych przez świadczeniobiorcę w ramach

⁸ T. Zimna, *Zawieranie...*, s. 26.

⁹ Tak J. Jończyk, *Stosunek opieki zdrowotnej*, PiZS 2007/3. Opracowano na podstawie: G. Machulak [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa...*, s. 5–52.

systemu. Dysonans ten łagodziła wprowadzona w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej swego rodzaju ogólna procedura rozliczeniowa, tzw. rozliczenie za zgodą płatnika, które umożliwiało rozliczenie świadczeń gwarantowanych, jednak nieokreślonych w katalogu świadczeń będących przedmiotem umowy. Nowelizacja z 25.06.2009 r. wprowadziła zasadę tzw. pozytywnego koszyka świadczeń, polegającą na przyjęciu, że świadczeniobiorcom przysługują wyłącznie świadczenia określone w wykazach stanowiących załączniki do rozporządzeń Ministra Zdrowia, czego wyrazem jest również wprowadzenie ich w art. 1 pkt 2a. Zasadniczym celem nowelizacji było obligatoryjne finansowanie lub współfinansowanie ze środków publicznych precyzyjnie wskazanych świadczeń opieki zdrowotnej (pojmowanych jako świadczenia zdrowotne, świadczenia zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące – zob. art. 5 pkt 34–40 u.s.o.z.)¹⁰. Praktyczne aspekty funkcjonowania tzw. pozytywnego koszyka świadczeń zawarte są w komentarzu do art. 15 i 31d.

III. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego

1. Ustawa określa podstawy instytucjonalno-proceduralne stosowania przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Obecnie podstawę unijnej koordynacji zawiera art. 5 pkt 32, wymieniający następujące akty prawne:
 - 1) rozporządzenie nr 883/2004;
 - 2) rozporządzenie nr 987/2009;
 - 3) rozporządzenie nr 1231/2010;
 - 4) decyzje wydane na podstawie przepisów rozporządzeń, o których mowa w pkt 1–3;
 - 5) umowa o wystąpieniu;
 - 6) protokół w sprawie koordynacji oraz decyzje wydane na podstawie umowy o handlu i współpracy¹¹.
2. Prawo Unii Europejskiej nie harmonizuje systemów opieki zdrowotnej państw członkowskich. Państwa te zachowały kompetencje w zakresie organizacji i sposobu finansowania swych systemów zdrowotnych. Jednak swoboda przepływu osób wiąże się z założeniem, że osoby przemieszczające się mogą potrzebować pomocy i leczenia podczas pobytu poza państwem, w którym są ubezpieczone (art. 42 TFUE)¹². Co do zasady usługi zdrowotne

¹⁰ Por. opinię prawną o projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (VI kadencja, druk sejm. nr 1590) z 23.02.2009 r., sporządzoną przez Biuro Analiz Sejmowych.

¹¹ Zmiana art. 5 pkt 32 wynikająca z nowelizacji z 17.11.2021 r. miała na celu przede wszystkim dostosowanie przepisów ustawy do stanu prawnego powstałego w związku z wystąpieniem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i stosowaniem przepisów umowy o wystąpieniu oraz rozpoczęciem obowiązywania, z dniem 1.01.2021 r., protokołu w sprawie koordynacji do umowy o handlu i współpracy. Na mocy tych umów zachowane zostają uprawnienia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach transgranicznych, na zasadach analogicznych do obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z uprawnień w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie protokołu w sprawie koordynacji mogą korzystać obywatele Rzeczypospolitej Polskiej i Zjednoczonego Królestwa, którym nie przysługują takie uprawnienia na podstawie umowy o wystąpieniu.

¹² Tak D. Dzienisiuk, *Świadczenia zdrowotne w miejscu pobytu na terytorium Unii Europejskiej*, PiZS 2006/6.

są uznawane za objęte unijną swobodą świadczenia usług (art. 56 i n. TFUE), a leki i inne wyroby medyczne za objęte swobodnym przepływem towarów (art. 34 i n. TFUE). Z tych swobód orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej wywodzi prawo do korzystania z towarów i usług medycznych na terytorium całej Unii z zachowaniem systemu zabezpieczenia, do którego należy zainteresowany¹³.

3. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego realizowana jest zgodnie z następującymi zasadami:
 - 1) stosowania jednego ustawodawstwa;
 - 2) równego traktowania obywateli;
 - 3) równego traktowania świadczeń, dochodów, okoliczności lub zdarzeń;
 - 4) sumowania okresów ubezpieczenia i zamieszkania dla celów nabycia prawa do świadczeń;
 - 5) eksportu świadczeń dla osób zamieszkałych w państwach stosujących przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.
4. Do 25.10.2013 r. państwa członkowskie Unii Europejskiej były zobowiązane dostosować swoje systemy opieki zdrowotnej do dyrektywy transgranicznej. Wymagało to nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ustawy o działalności leczniczej. Głównym założeniem dyrektywy transgranicznej jest zapewnienie realizacji swobodnego przepływu usług na terytorium Unii Europejskiej w sferze opieki zdrowotnej, tj. stworzenie przejrzystych ram prawnych w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich UE, z możliwością uzyskania przez każdego pacjenta zwrotu kosztów takich świadczeń od publicznego systemu opieki zdrowotnej, któremu dana osoba podlega. Szerzej na ten temat w komentarzu do art. 42a–42k.
5. Przepisy o koordynacji mają zastosowanie na terenie Unii Europejskiej oraz Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu. EFTA powstała 3.05.1960 r. na mocy konwencji sztokholmskiej podpisanej 4.01.1960 r. Obecnie członkami EFTA są: Islandia, Liechtenstein, Norwegia, Szwajcaria. Ponadto na mocy umowy o handlu i współpracy przepisy o koordynacji mają również zastosowanie na terytorium Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.
6. Kluczowe dla ustalenia podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń zdrowotnych związanych z przemieszczaniem się w Unii Europejskiej jest pojęcie instytucji właściwej oraz pojęcie państwa właściwego. Zgodnie z art. 97 ust. 3d u.s.o.z. „Fundusz jest instytucją właściwą, instytucją miejsca zamieszkania, instytucją miejsca pobytu oraz instytucją łącznikową w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych, w rozumieniu przepisów o koordynacji, oraz prowadzi, w centrali Funduszu, punkt kontaktowy, o którym mowa w przepisach o koordynacji”.

¹³ Tak D. Dzienisiuk, *Świadczenia...*

Art. 2. [Zakres podmiotowy ustawy]

1. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

- 1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi”,
- 2) inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy 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. z 2021 r. poz. 2354, z późn. zm.), spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,
- 3) inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:
 - a) posiadające obywatelstwo polskie lub
 - b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy 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, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, lub
 - c) pobierające rentę rodzinną, jeżeli mają miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, lub
 - d) pobierające świadczenie pieniężne, o którym mowa w ustawie z dnia 8 lutego 2023 r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku ze służbą albo podjęciem poza służbą czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia (Dz. U. poz. 658), jeżeli mają miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa,
- 4) inne niż wymienione w pkt 1–3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub pogołu:
 - a) posiadające obywatelstwo polskie lub
 - b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy 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
– zwane dalej „świadczeniobiorcami”.

2. Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.

1. W przepisie tym wskazany został katalog osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej.
2. Najliczniejszą grupą osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej są osoby objęte obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 2 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z.). Ilekroć ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej wspomina o tej grupie osób, określa je mianem ubezpieczonych.

Jako ubezpieczonych należy traktować zarówno osoby, które podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu lub zawarły z NFZ umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak i członków rodziny takich osób (zob. komentarze do art. 3 i art. 5 pkt 3).

Osoby objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym zostały wskazane enumeratywnie w art. 66 ust. 1 u.ś.o.z. (zob. komentarz do art. 66). Oznacza to, że obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają jedynie osoby wskazane w tym przepisie. W konsekwencji osobami objętymi obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym są np.: pracownicy, zleceniobiorcy, emeryci, renciści, osoby prowadzące pozarolniczą działalność, żołnierze zawodowi, policjanci czy bezrobotni. Z kolei z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego mogą skorzystać osoby niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, które spełniają warunki wynikające z art. 68 u.ś.o.z. (zob. komentarz do art. 68).

Należy jednak podkreślić, że dana osoba podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu lub może ubezpieczyć się dobrowolnie jedynie w sytuacji, gdy spełnia przesłanki z art. 3 u.ś.o.z., czyli ściśle określone warunki w zakresie miejsca zamieszkania, obywatelstwa, dokumentu uprawniającego cudzoziemca do pobytu na terenie Polski czy podlegania w Polsce ubezpieczeniu społecznemu. Podobnie status członka rodziny może uzyskać jedynie osoba, która odpowiada wymogom określonym w tym przepisie (zob. szerzej komentarz do art. 3).

3. Poza ubezpieczonymi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej uprawnione są osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d u.cud., spełniające kryterium dochodowe określone w ustawie o pomocy społecznej (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z.). Powyższe prawo uzyskują osoby nieubezpieczone, które spełniają łącznie następujące przesłanki:

- posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d u.cudz.;
- mają miejsce zamieszkania na terenie Polski, czyli przebywają w tym kraju z zamiarem stałego pobytu;
- są osobami pozbawionymi jakichkolwiek dochodów lub ich dochód jest bardzo niski.

Tym samym prawa do bezpłatnych świadczeń nie uzyskają na tej podstawie np. inni niż wskazani wyżej cudzoziemcy ani obywatele polscy zamieszkali na stałe za granicą i przebywający jedynie chwilowo na terenie Polski (np. w celach turystycznych lub w związku z odwiedzeniem rodziny).

Przy ustalaniu miejsca zamieszkania należy brać pod uwagę przepisy Kodeksu cywilnego, a w szczególności art. 25 k.c. Zgodnie z tym przepisem miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której przebywa ona z zamiarem stałego pobytu. Ustalenie tego zamiaru powinno być oparte na kryteriach zobiektywizowanych. Przy ustalaniu miejsca zamieszkania nie można zatem opierać się wyłącznie na oświadczeniu zainteresowanej osoby fizycznej. „O zamieszkiwaniu w jakiejś miejscowości można mówić więc wówczas, gdy występujące okoliczności pozwalają przeciętnemu obserwatorowi na wyciągnięcie wniosków, że określona miejscowość jest głównym ośrodkiem działalności danej dorosłej osoby fizycznej”¹⁴.

O miejscu zamieszkiwania decydują dwa czynniki: zewnętrzny (fakt przebywania) i wewnętrzny (zamiar stałego pobytu). Wyrażenie zamiaru stałego pobytu nie wymaga złożenia oświadczenia woli (nie jest czynnością prawną). Wystarczy więc, że zamiar taki wynika z zachowania danej osoby polegającego na ześrodkowaniu swojej aktywności życiowej w określonej miejscowości. Przy tym jednocześnie zauważyć należy, że samo zameldowanie, będące kategorią prawa administracyjnego, nie przesądza o miejscu zamieszkania w rozumieniu prawa cywilnego¹⁵. O miejscu zamieszkania nie przesądza samo zameldowanie, choć należy uznać, że stanowi ono wskazówkę, która winna być brana pod uwagę w trakcie badania istnienia przesłanek wskazanych w art. 25 k.c. Niemniej z zameldowaniem nie jest związane domniemanie, że określa ono miejsce zamieszkania¹⁶. Zameldowanie na pobyt stały lub czasowy służy wyłącznie celom ewidencyjnym i potwierdzeniu faktu pobytu osoby w danej miejscowości pod określonym adresem. Miejsce zamieszkania to wyłącznie miejscowość, natomiast w przypadku pobytu stałego lub czasowego chodzi o zamieszkiwanie w danej miejscowości pod oznaczonym adresem. Zgodnie bowiem z art. 25 ust. 1–2 i 4 u.e.l. pobytem stałym jest zamieszkanie w określonej miejscowości pod oznaczonym adresem z zamiarem stałego przebywania. Pobytem czasowym jest natomiast przebywanie bez zamiaru zmiany miejsca

¹⁴ Postanowienie NSA z 30.03.2006 r., I OW 265/05, LEX nr 198360.

¹⁵ Postanowienie NSA z 15.02.2006 r., I OW 231/05, LEX nr 201525.

¹⁶ Wyrok NSA z 14.12.2005 r., I FSK 212/05, LEX nr 195823.

pobytu stałego w innej miejscowości pod oznaczonym adresem lub w tej samej miejscowości, lecz pod innym adresem (pobyt czasowy obywatela polskiego to przebywanie poza miejscem pobytu stałego przez okres ponad 3 miesiące). Adres określa się przez podanie:

- 1) w gminach, które uzyskały status miasta – nazwy miasta (dzielnicy), ulicy, numeru domu i lokalu – jeżeli jest wydzielony, nazwy województwa oraz kodu pocztowego;
- 2) w pozostałych gminach – nazwy miejscowości, ulicy, jeżeli w miejscowości występuje podział na ulice, numeru domu i lokalu – jeżeli jest wydzielony, nazwy gminy, nazwy województwa oraz kodu pocztowego (art. 26 ust. 1 u.e.l.).

O miejscu zamieszkania nie stanowi występowanie wyłącznie jednej przesłanki, polegającej na samym tylko zamieszkiwaniu w sensie fizycznym, jednakże bez zamiaru stałego pobytu, chociażby zamieszkiwanie trwało przez dłuższy czas, np. w związku z wykonywaniem pracy czy studiowaniem w innej miejscowości¹⁷. W rezultacie długotrwała przerwa w faktycznym przebywaniu w miejscu zamieszkania, spowodowana np. studiami w innej miejscowości czy pobytem w więzieniu, nie pozbawia danej osoby miejsca zamieszkania i nie powoduje zmiany miejsca zamieszkania. Osadzony w areszcie śledczym lub zakładzie karnym przebywa wbrew swej woli w takim miejscu odosobnienia. W konsekwencji nie można mówić o zmianie miejsca zamieszkania przez osobę przebywającą w areszcie lub zakładzie karnym ani o zamiarze stałego pobytu takiej osoby w miejscowości, w której znajduje się areszt (zakład karny).

Miejscem zamieszkania jest miejsce, do którego po okresie przerwy spowodowanej różnymi okolicznościami życiowymi (np. okresem studiów, odbywania służby wojskowej czy kary pozbawienia wolności, pracy zarobkowej) osoba zamierza wrócić lub gdzie spędza wolny czas¹⁸. Zamiar stałego pobytu może przejawiać się poprzez zlokalizowanie w danej miejscowości tzw. stałego ogniska domowego, co oznacza m.in. zakup domu czy mieszkania. O miejscu zamieszkania nie przesądza wyłącznie samo zatrudnienie w danej miejscowości. Przy ustalaniu zamiaru pobytu chodzi nie tylko o związki natury ekonomicznej, lecz także emocjonalnej czy rodzinnej. Faktyczne przebywanie w danej miejscowości nie może być rozumiane jedynie jako pobyt wymuszony koniecznością wykonywania w niej swych obowiązków pracowniczych czy zarobkowych, ale musi mieć ono jednocześnie cechy założenia tam ośrodka swoich osobistych i majątkowych interesów. Przebywanie w miejscowości musi wiązać się bowiem ze skupieniem w niej życiowej aktywności, związanej nie tylko z pracą, lecz także z rodziną¹⁹.

Aby ustalić fakt miejsca zamieszkania, należy stwierdzić, jaka miejscowość stanowi centrum osobistych i majątkowych interesów osoby fizycznej, oraz zbadać na podstawie obiektywnych okoliczności, czy osoba fizyczna ma wolę stałego pobytu w tej miejscowości. W przypadku trudności z ustaleniem miejsca zamieszkania należy brać pod uwagę miejscowość, w której z największym nasileniem koncentruje się aktywność życiowa, zawodowa, rodzinna

¹⁷ Wyrok SN z 7.06.1983 r., II UR 4/84, OSP 1984/12, poz. 265.

¹⁸ Wyrok NSA z 23.06.2020 r., I GSK 131/20, LEX nr 3050603.

¹⁹ Wyrok WSA w Warszawie z 23.06.2020 r., III SA/Wa 1476/19, LEX nr 3099593.

danej osoby oraz wola koncentracji tych spraw w tym, a nie w innym miejscu²⁰. Zamiar stałego pobytu to element subiektywny i zmienny w czasie, a jego istnienie lub nieistnienie organy administracyjne mogą ustalać wyłącznie poprzez dostrzeżenie cech typowych dla stanu zogniskowania spraw życiowych osoby fizycznej w danej miejscowości. W stosunku do osób mających miejsce zamieszkania w kraju, a wyjeżdżających za granicę, istotne znaczenie ma okoliczność, czy dana osoba wyjechała za granicę na pobyt czasowy, który to zamiar należy oceniać na podstawie całokształtu okoliczności²¹. Przerwa w faktycznym przebywaniu w danym miejscu, i to nawet długotrwała, nie daje automatycznie podstaw do uznania, że nie stanowi ono miejsca zamieszkania. Tymczasowa zmiana miejsca pobytu zasadniczo pozostaje bez wpływu na miejsce zamieszkania. O stałości pobytu na określonym terytorium decyduje bowiem przede wszystkim takie przebywanie, które ma na celu założenie tam ośrodka swoich osobistych i majątkowych interesów. W przypadku osób mających miejsce zamieszkania w kraju, a wyjeżdżających za granicę, istotne znaczenie będzie więc miało to, czy ów wyjazd nosi znamiona wyjazdu stałego, czy też tymczasowego. Nie w każdym bowiem wypadku wyjazdu za granicę i dłuższego nawet tam pobytu zmienia się ze skutkiem prawnym miejsce zamieszkania. Dotyczy to zwłaszcza wyjazdu na studia, w misji dyplomatycznej, wyjazdu służbowego, wyjazdu w celach zarobkowych²².

Przy ustalaniu miejsca zamieszkania należy mieć także na uwadze art. 28 k.c., zgodnie z którym można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

Miejscem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzone wykonywanie władzy rodzicielskiej. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje na równi obojgu rodzicom mającym osobne miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania dziecka jest u tego z rodziców, u którego dziecko stale przebywa. Jeżeli dziecko nie przebywa stale u żadnego z rodziców, jego miejsce zamieszkania określa sąd opiekuńczy (art. 26 k.c.). Miejscem zamieszkania osoby pozostającej pod opieką jest miejsce zamieszkania opiekuna (art. 27 k.c.).

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej nie uzależnia przyznania prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od zameldowania w Polsce, lecz od miejsca zamieszkania na terytorium RP.

Z uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z. nie mogą skorzystać osoby uzyskujące dochody niepowodujące objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym (np. z umów o dzieło), lecz osiągane w takiej wysokości, że umożliwiają np. zawarcie z NFZ umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

²⁰ Wyrok NSA z 5.04.2022 r., III FSK 3429/21, LEX nr 3338810.

²¹ Wyroki NSA z 21.09.2021 r.: I OSK 4310/18, LEX nr 3230443 i I OSK 4311/18, LEX nr 3240082.

²² Wyrok NSA z 5.04.2019 r., I OSK 1527/17, LEX nr 2681634.

Należy zaznaczyć, że podstawą uzyskania bezpłatnego leczenia przez wymienione wyżej osoby jest otrzymanie przez nie decyzji potwierdzającej to prawo i wydanej przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta) gminy właściwej dla ich miejsca zamieszkania.

Wspomniana decyzja jest natomiast wydawana po:

- 1) przedłożeniu przez osobę zainteresowaną dokumentów potwierdzających zamieszkiwanie na terytorium RP oraz dokumentów potwierdzających:
 - a) posiadanie przez nią obywatelstwa polskiego lub
 - b) posiadanie statusu uchodźcy, lub
 - c) objęcie ochroną uzupełniającą, lub
 - d) posiadanie zezwolenia na pobyt czasowy udzielonego w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d u.cudz.;
 - 2) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;
 - 3) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 u.p.s.;
 - 4) stwierdzeniu braku okoliczności, o których mowa w art. 12 u.p.s., w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego, tj. braku stwierdzenia przez pracownika socjalnego dysproporcji między udokumentowaną wysokością dochodu a sytuacją majątkową osoby lub rodziny, wskazującą, że osoba ta lub rodzina jest w stanie przezwyciężyć trudną sytuację życiową, wykorzystując własne zasoby majątkowe, w szczególności w przypadku posiadania znacznych zasobów finansowych, wartościowych przedmiotów majątkowych lub nieruchomości (zob. art. 54 u.s.o.z. oraz komentarz do tego artykułu).
4. Kolejną grupą osób uprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych pomimo braku ubezpieczenia zdrowotnego są osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:
- 1) posiadające obywatelstwo polskie lub
 - 2) które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d u.cudz., posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, lub
 - 3) pobierające rentę rodzinną, jeżeli mają miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA lub Zjednoczonego Królestwa (ta grupa osób została dodana do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z dniem 1.07.2022 r.), lub
 - 4) pobierające świadczenie pieniężne, o którym mowa w ustawie z 8.02.2023 r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku ze służbą albo podjęciem poza służbą czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia (Dz.U. poz. 658), jeżeli mają miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA lub Zjednoczonego Królestwa (ta ostatnia grupa osób została dodana do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z dniem 21.04.2023 r.; odnośnie do wspomnianego świadczenia zob. komentarz do art. 5 pkt 20).

Dla skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie jest zatem w przypadku tych osób istotna ich sytuacja materialna. Oznacza to, że z bezpłatnych świadczeń może korzystać nawet dziecko, którego rodziców stać na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne w NFZ, a którzy mimo to nie zdecydowali się na to ubezpieczenie. Nie jest także wymagane posiadanie przez te osoby decyzji wójta (burmistrza, prezydenta miasta) potwierdzającej prawo tych osób do bezpłatnego leczenia.

Ze wspomnianego uprawnienia mogą skorzystać dzieci nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym. W konsekwencji każde dziecko mające obywatelstwo polskie uzyskuje prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Jednak status osoby ubezpieczonej mają jedynie dzieci zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego (np. przez rodzica) jako członkowie rodziny osoby ubezpieczonej bądź dzieci zgłoszone do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego np. przez szkołę lub placówkę opiekuńczą jako dzieci (uczniowie) niepodlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu (w tym z tytułu posiadania statusu członka rodziny osoby ubezpieczonej). Rozróżnienie dzieci posiadających status ubezpieczonych i pozbawionych takiego statusu jest istotne z uwagi na to, że leczenie dzieci ubezpieczonych finansowane jest ze środków NFZ pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, natomiast leczenie dzieci nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego finansowane jest przez NFZ ze środków otrzymanych na ten cel z budżetu państwa. Z tego też powodu ustalenie przez świadczeniodawcę (np. przez szpital czy przez przychodnię) statusu ubezpieczeniowego danego dziecka ma wpływ na obciążenie odpowiedniego podmiotu kosztami udzielonych temu dziecku świadczeń. Skoro leczone dziecko nie jest osobą ubezpieczoną, to jego leczenie nie powinno być finansowane ze środków zgromadzonych przez NFZ z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne (szerzej zob. komentarz do art. 97).

Dodanie od 1.07.2022 r. dzieci pobierających rentę rodzinną mających miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego EFTA lub Zjednoczonego Królestwa do grupy osób, które nie ukończyły 18. roku życia i są uprawnione do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych pomimo braku ubezpieczenia zdrowotnego, wynika z wprowadzonych od tej daty zmian w zakresie rozliczania dochodów uzyskiwanych z tytułu pobierania rent rodzinnych przez dzieci do 18. roku życia. Dochody z ww. źródła są od 1.07.2022 r. kwalifikowane przy rozliczaniu podatku dochodowego od osób fizycznych jako dochody dziecka, a nie rodzica, jak to było do 30.06.2022 r. Przed 1.07.2022 r. dochody z renty rodzinnej dzieci do 18. roku życia były na gruncie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych dochodem rodzica i w konsekwencji zaliczka na podatek dochodowy nie była odrębnie ustalana z dochodu dziecka. Oznaczało to, że na podstawie art. 83 ust. 2 u.ś.o.z. składka na ubezpieczenie zdrowotne należna z tytułu pobierania renty rodzinnej przez dziecko podlegała obniżeniu do wysokości zaliczki na podatek dochodowy tej osoby, tj. do wysokości 0 zł (z obniżenia składki nie mogły jedynie skorzystać sieroty zupełne, które odprowadzały zaliczkę na podatek dochodowy od otrzymywanej renty rodzinnej). Zmiany zasad rozliczania podatku dochodowego tej grupy podatników skutkowały od

1.07.2022 r. ustaleniem zaliczki na podatek dochodowy od dochodu dziecka z tytułu renty rodzinnej, a w konsekwencji oznaczałyby również obowiązek odprowadzania składki na ubezpieczenie zdrowotne od tego dochodu. Dlatego w celu zwolnienia ww. dzieci z obowiązku odprowadzania składki na ubezpieczenie zdrowotne od otrzymywanej renty rodzinnej ustawodawca postanowił od 1.07.2022 r. wyłączyć tę grupę osób z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego przy jednoczesnym zachowaniu przez te osoby uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 3 u.ś.o.z.

Warto podkreślić, że do 31.12.2012 r. dziecko nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego mogło mieć status świadczeniobiorcy i w konsekwencji korzystać ze świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego tylko wtedy, gdy miało obywatelstwo polskie i jednocześnie zamieszkiwało w Polsce. Od 1.01.2013 r. dla uzyskania prawa do świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przez dziecko nieubezpieczone posiadające obywatelstwo polskie nie jest natomiast konieczne zamieszkiwanie przez nie na terytorium Polski.

Należy zaznaczyć, że z uprawnienia do bezpłatnego leczenia w sytuacji braku ubezpieczenia nie mogą skorzystać dzieci cudzoziemcy, z wyjątkiem:

- dzieci posiadających miejsce zamieszkania na terytorium RP, które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d u.cud.z.;
- dzieci pobierających rentę rodzinną mających miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego UE (np. Polski) lub państwa członkowskiego EFTA lub Zjednoczonego Królestwa.

Dlatego dziecko cudzoziemiec nieposiadające w Polsce statusu świadczeniobiorcy korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Polski na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych. W konsekwencji prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Polski przysługuje np. dzieciom nieposiadającym polskiego ubezpieczenia zdrowotnego, lecz uprawnionym do korzystania z bezpłatnych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Osoby takie korzystają ze świadczeń na zasadach określonych w tychże przepisach, czyli np. bezpłatne są świadczenia udzielone w trakcie pobytu turystycznego na terenie Polski dziecku mającemu obywatelstwo włoskie, jeżeli zostały one udzielone w niezbędnym zakresie i nie miały charakteru planowego (np. udzielono ich w związku ze złamaniem przez dziecko ręki w wyniku wypadku samochodowego). Warto podkreślić, że osoby uprawnione do świadczeń na powyższych zasadach swoje uprawnienie czerpią z posiadania ubezpieczenia zdrowotnego w innym niż Polska państwie UE, w państwie EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie. Osoby te posiadają zatem ubezpieczenie zdrowotne, z tym że w innym państwie niż Polska. Koszty takich świadczeń zostaną ostatecznie rozliczone pomiędzy właściwymi instytucjami, czyli pomiędzy NFZ a jego odpowiednikiem w danym państwie, np. w państwie UE, w którym ubezpieczony jest dany cudzoziemiec.

Obywatelom innych państw niż wskazane powyżej świadczenia zdrowotne na terenie Polski mogą natomiast przysługiwać bezpłatnie jedynie wówczas, gdy takie uprawnienia wynikają z umów międzynarodowych (innych porozumień), których stroną jest Polska i państwo, którego obywatelem jest dany cudzoziemiec.

5. Z bezpłatnego leczenia mogą skorzystać nieubezpieczone kobiety będące w okresie ciąży, porodu i położu, które mają miejsce zamieszkania na terytorium Polski i obywatelstwo polskie bądź uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d u.cud. Należy zauważyć, że wspomniane kobiety są uprawnione do korzystania bezpłatnie ze wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej (na takich samych zasadach co kobiety ubezpieczone) udzielanych w okresie ciąży, porodu i położu. Powyższe uprawnienie nie jest zatem ograniczone jedynie do świadczeń udzielanych w związku z ciążą, porodem i położem. Dlatego np. leczenie przeziębienia czy zwichnięcia nogi – jeżeli powyższe schorzenia pojawiły się u nieubezpieczonej kobiety w trakcie ciąży – powinno odbyć się bezpłatnie.

W przypadku nieubezpieczonej cudzoziemki (innej niż wymieniona w art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b u.s.o.z.) w okresie ciąży, porodu i położu leczenie odbywa się na koszt tej kobiety (chyba że umowa międzynarodowa, której Polska jest stroną, przewiduje, że leczenie w takiej sytuacji obywatelki danego państwa odbywa się nieodpłatnie, tj. na koszt innego podmiotu niż wspomniana kobieta). Podobnie odpłatne jest również leczenie obywatelki Polski będącej w okresie ciąży, porodu i położu, która nie zamieszkuje w Polsce.

6. Ustawodawca określa osoby wskazane w art. 2 ust. 1 pkt 1–4 u.s.o.z. zbiorczą nazwą „świadczeniobiorców”. Tym samym ilekroć w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest mowa o świadczeniobiorcach, należy uznać, że dany zapis dotyczy nie tylko osób ubezpieczonych, lecz także osób nieubezpieczonych spełniających przesłanki określone w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 u.s.o.z.

Rozróżnienie na świadczeniobiorców posiadających ubezpieczenie zdrowotne i na świadczeniobiorców nieposiadających takiego ubezpieczenia jest istotne ze względu na podmiot finansujący leczenie tych osób. Tylko w przypadku osób ubezpieczonych ich leczenie jest finansowane ze środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, którymi dysponuje NFZ. Natomiast leczenie pozostałych świadczeniobiorców uprawnionych do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, tj. wskazanych w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 u.s.o.z., odbywa się na koszt budżetu państwa poprzez przyznanie na ten cel dotacji z budżetu państwa dla NFZ (szerzej zob. komentarz do art. 97).

7. Cudzoziemcy nieposiadający w Polsce statusu świadczeniobiorcy (tj. niespełniający warunków określonych w art. 2 i 3 u.s.o.z.) korzystają ze świadczeń zdrowotnych na terenie Polski na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych (art. 2 ust. 2 u.s.o.z.).

Prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Polski przysługuje cudzoziemcom nieposiadającym polskiego ubezpieczenia zdrowotnego, lecz uprawnionym do korzystania z bezpłatnych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (zob. komentarz do art. 5 pkt 32). Powyższe osoby korzystają ze świadczeń na zasadach określonych w tychże przepisach, czyli np. bezpłatne są świadczenia udzielone obywatelowi Francji podczas pobytu turystycznego na terenie Polski, jeżeli świadczenie zostało udzielone w niezbędnym zakresie i nie miało charakteru planowego (np. zostało udzielone w związku ze złamaniem ręki). Warto podkreślić, że osoby uprawnione do świadczeń na powyższych zasadach swoje uprawnienie czerpią z posiadania ubezpieczenia zdrowotnego w innym niż Polska państwie UE (czy EFTA). Osoby te posiadają zatem ubezpieczenie zdrowotne, z tym że w innym państwie niż Polska. Koszty takich świadczeń zostaną ostatecznie rozliczone pomiędzy właściwymi instytucjami, czyli pomiędzy NFZ a jego odpowiednikiem w danym państwie UE lub EFTA, w którym ubezpieczony jest wspomniany cudzoziemiec. Powyższa zasada znajduje także odpowiednie zastosowanie do osób posiadających ubezpieczenie zdrowotne w Zjednoczonym Królestwie.

Obywatelom innych państw niż państwa członkowskie UE (czy EFTA) oraz Zjednoczone Królestwo świadczenia zdrowotne na terenie Polski mogą natomiast przysługiwać bezpłatnie jedynie wówczas, gdy takie uprawnienia wynikają z umów międzynarodowych (innych porozumień), których stroną jest Polska i państwo, którego obywatelem jest dany cudzoziemiec.

8. W niektórych przypadkach świadczenia opieki zdrowotnej mogą być udzielone bezpłatnie pomimo braku ubezpieczenia zdrowotnego i niezależnie od obywatelstwa osoby, której dane świadczenie zostało udzielone. Dotyczy to np. świadczeń udzielanych na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 10 u.o.z.p. czy art. 6 ust. 1 pkt 5 u.KP. Na podstawie wspomnianych przepisów cudzoziemiec spełniający określone w nich warunki może uzyskać bezpłatnie świadczenie pomimo braku ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce (szerzej zob. komentarz do art. 12).

Osobami uprawnionymi do korzystania z bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, pomimo braku ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, są osoby wskazane w ustawie o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, tj. obywatele Ukrainy, którzy przybyli na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa, oraz obywatele Ukrainy posiadający Kartę Polaka, którzy wraz z najbliższą rodziną z powodu tych działań wojennych przybyli na terytorium RP. Jeżeli wspomniany obywatel Ukrainy przybył legalnie na terytorium RP w okresie od 24.02.2022 r. do dnia określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 2 ust. 4 u.p.o.U. i deklaruje zamiar pozostania na terytorium RP, to jego pobyt na tym terytorium uznaje się za legalny w okresie 18 miesięcy, licząc od 24.02.2022 r. Za legalny uznaje się także pobyt dziecka urodzonego na terytorium RP przez matkę, która spełnia ww. warunki, w okresie dotyczącym matki. Wspomniani obywatele Ukrainy, po spełnieniu warunków określonych w tej ustawie, są uprawnieni do opieki

medycznej udzielanej na terytorium RP obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, a także podania produktów leczniczych wydawanych świadczeniobiorcom w ramach programów polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia. W przypadku nadania numeru PESEL w trybie przewidzianym w art. 4 u.p.o.U. uznaje się, że osobie, której nadano ten numer, przysługują uprawnienia do ww. świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Wspomniana opieka medyczna przysługuje również osobom, które odniosły obrażenia w wyniku działań wojennych prowadzonych na terytorium Ukrainy, niespełniającym ww. warunków i nieuprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na terytorium RP na podstawie innych przepisów lub umów międzynarodowych, które zostały przetransportowane na terytorium RP w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ww. osobom są rozliczane ze świadczeniodawcami i aptekami przez NFZ, a finansowane z dotacji celowej z budżetu państwa udzielanej z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Obywatele Ukrainy, którzy są objęci w Polsce obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub jako członkowie rodziny ubezpieczonego, korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnych na zasadach i w zakresie przewidzianym dla osób ubezpieczonych, a nie na podstawie zapisów ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.

Art. 3. [Krąg osób ubezpieczonych]

1. Ubezpieczonymi są:

- 1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa,
- 2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, które przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany, wizy wydanej w celu przyjazdu ze względów humanitarnych, z uwagi na interes państwa lub zobowiązania międzynarodowe,
- 2a) osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,

- 2b) osoby ubiegające się w Rzeczypospolitej Polskiej o udzielenie ochrony międzynarodowej i małżonkowie, w imieniu których występują z wnioskiem o udzielenie ochrony międzynarodowej, którzy posiadają zaświadczenie wydane na podstawie art. 35 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1264 i 1383),
- 3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa,
- jeżeli podlegają zgodnie z art. 66 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68,
- 3a) studenci i doktoranci, którzy odbywają kształcenie w Rzeczypospolitej Polskiej, absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, oraz odbywający kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach odrębnych, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, jeżeli zostali uznani za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadają ważną Kartę Polaka,
- 4) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:
- a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1009, 1079, 1115, 1265, 1933 i 2185),
- b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2022 r. poz. 933, 1155 i 2140).
- 1a. Ubezpieczonymi są także inne niż wymienione w ust. 1 pkt 2–3 osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1.
2. Ubezpieczonymi są także:
- 1) studenci i doktoranci, którzy odbywają kształcenie w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3 i 3a,
- 2) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy, którzy nie posiadają obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa i nie są osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, a przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy,

zezwoleń na pobyt czasowy, zezwoleń na pobyt stały, zezwoleń na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany lub uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,

2a) (uchylony)

3) odbywający staż adaptacyjny,

4) odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach odrębnych, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3 i 3a

– jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68;

5) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

6) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 2a oraz ust. 1a, zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3.

1. Przepis ten określa warunki, które należy spełnić w celu uzyskania statusu ubezpieczonego. Są to w szczególności warunki dotyczące miejsca zamieszkania, obywatelstwa, dokumentu uprawniającego cudzoziemca do pobytu w Polsce czy podlegania w Polsce ubezpieczeniu społecznemu. Dopiero osoba spełniająca warunki opisane w tym przepisie może uzyskać ubezpieczenie zdrowotne jako osoba objęta obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym bądź jako członek rodziny takiej osoby.
2. W myśl art. 3 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z. w przypadku obywateli UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa do objęcia ich ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce wystarczy już sam fakt np. zatrudnienia w tym kraju w ramach stosunku pracy, bez konieczności zamieszkiwania czy przebywania w nim na podstawie np. zezwoleń na pobyt stały. Istotne jest jedynie, aby osoba zatrudniona w Polsce posiadała obywatelstwo któregośkolwiek państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa i zamieszkiwała na terenie któregoś z tych państw.

Na podstawie tego zapisu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlega najliczniejsza grupa osób. Obejmuje on bowiem m.in. obywateli polskich zamieszkujących w Polsce, którzy spełniają warunki do objęcia ich obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (o miejscu zamieszkiwania zob. szerzej komentarz do art. 2).

Z dniem 1.01.2021 r. doszło do dostosowania przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do stanu prawnego powstałego w związku z wystąpieniem Zjednoczonego Królestwa z UE i stosowaniem przepisów umowy o wystąpieniu oraz rozpoczęciem obowiązywania, z dniem 1.01.2021 r., protokołu w sprawie koordynacji. Na mocy umowy o wystąpieniu i protokołu w sprawie koordynacji w relacjach ze Zjednoczonym Królestwem zachowane zostały uprawnienia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach transgranicznych na zasadach analogicznych do obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z uprawnień w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie protokołu w sprawie koordynacji mogą korzystać obywatele RP i Zjednoczonego Królestwa, którym nie przysługują takie uprawnienia na podstawie umowy o wystąpieniu. Ponadto art. SSC.5 protokołu, stanowiący odpowiednik art. 4 rozporządzenia nr 883/2004, zawiera zasadę równego traktowania obywateli państw stron umowy w zakresie zabezpieczenia społecznego.

W związku z powyższym z dniem 1.01.2021 r. w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej we wszystkich przepisach odwołujących się do państw członkowskich UE lub EFTA doszło również do uwzględnienia Zjednoczonego Królestwa.

3. Na podstawie art. 3 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z. mogą uzyskać ubezpieczenie zdrowotne w Polsce ci cudzoziemcy, którzy nie posiadają obywatelstwa żadnego z państw członkowskich UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, a przebywają w Polsce na podstawie dokumentów wskazanych w tym przepisie. Warunki uzyskania dokumentów wskazanych w tym przepisie (np. zezwolenia na pobyt czasowy czy zezwolenia na pobyt stały) zostały szczegółowo określone w ustawie o cudzoziemcach.

Cudzoziemcy nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa podlegają w Polsce ubezpieczeniu zdrowotnemu jedynie wówczas, gdy przebywają w Polsce na podstawie któregoś z wymienionych wyżej dokumentów (np. wizy w celu wykonywania pracy) i jednocześnie spełniają w Polsce warunki do objęcia ich np. obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu stosunku pracy (z pewnymi wyjątkami, o których mowa w dalszej części komentarza do art. 3).

W tym miejscu wypada zaznaczyć, że do 30.04.2014 r. odpowiednikiem zezwolenia na pobyt czasowy było zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony, natomiast odpowiednikiem zezwolenia na pobyt stały – zezwolenie na osiedlenie się. Z dniem 1.05.2014 r. zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony stały się zezwoleniami na pobyt czasowy, a zezwolenia na osiedlenie się – zezwoleniami na pobyt stały.

4. Dla objęcia cudzoziemca ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce nie jest konieczne posiadanie przez niego któregośkolwiek z dokumentów wskazanych w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z., w sytuacji gdy jest on cudzoziemcem, który nie posiada obywatelstwa żadnego z państw członkowskich UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, lecz legalnie zamieszkuje na

terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa (art. 3 ust. 1 pkt 3 u.ś.o.z.). Obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu na tej podstawie podlegać będzie w Polsce np. Gruzin legalnie zamieszkujący w Niemczech, który jest zatrudniony na terenie Polski w polskiej firmie budowlanej.

W celu uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce posiadanie któregośkolwiek z dokumentów wskazanych w art. 3 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z. nie jest także konieczne w przypadku osób wskazanych w art. 3 ust. 1 pkt 2a i 2b u.ś.o.z., tj.:

- osób, które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium;
- osób ubiegających się w RP o udzielenie ochrony międzynarodowej i małżonkowie, w imieniu których występują z wnioskiem o udzielenie ochrony międzynarodowej, którzy posiadają zaświadczenie wydane na podstawie art. 35 ustawy z 13.06.2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2022 r. poz. 1264 ze zm.).

5. Od 1.01.2023 r. jako odrębna grupa ubezpieczonych (wskazana w art. 3 ust. 1 pkt 3a u.ś.o.z.) zostali wyodrębnieni studenci, którzy odbywają kształcenie w RP, absolwenci, którzy odbywają w RP obowiązkowy staż, oraz odbywający kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach odrębnych, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA i niebędący osobami legalnie zamieszkującymi na terytorium innego niż Polska państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli zostali uznani za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadają ważną Kartę Polaka.

Do 31.12.2022 r. ww. osoby były ujęte wśród grupy osób ubezpieczających się dobrowolnie wskazanych w art. 3 ust. 2 pkt 1 i 4 u.ś.o.z. Z dniem 1.01.2023 r. osoby te zostały wyłączone z art. 3 ust. 2 pkt 1 i 4 u.ś.o.z. Ubezpieczenie zdrowotne było dla tych osób do tej daty dobrowolne i wiązało się z opłacaniem składki. W przypadku studentów i doktorantów uznanych za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadających ważną Kartę Polaka składka na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne była opłacana przez uczelnię lub podmiot prowadzący szkołę doktorską, w których osoby te odbywały kształcenie, i była finansowana z budżetu państwa (uchylony art. 86 ust. 1 pkt 14 i zmieniony art. 86 ust. 2 u.ś.o.z.).

Od 1.01.2023 r. osoby te zostały objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym w ramach tytułów ubezpieczeń wskazanych w art. 66 ust. 1 pkt 20 i 20a u.ś.o.z. Oznacza to zarazem, że od tej daty nie jest odprowadzana za te osoby składka na ubezpieczenie zdrowotne (art. 67 ust. 1 pkt 3 u.ś.o.z.).

6. Zapis art. 3 ust. 1 pkt 4 u.ś.o.z. umożliwia uzyskanie w Polsce obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego np. przez osoby posiadające obywatelstwo polskie, które nie zamieszkują na terytorium państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa. Jednak

osoby te podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu jedynie wówczas, gdy są w Polsce objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników. Ubezpieczenie zdrowotne może w ten sposób uzyskać np. obywatel polski zamieszkujący w Stanach Zjednoczonych, który podlega w Polsce ubezpieczeniu społecznemu jako pracownik. Odnośnie do ustalania miejsca zamieszkania zob. komentarz do art. 2.

7. Od 9.12.2021 r. ubezpieczonymi są także inne niż wymienione w art. 2 ust. 1 pkt 2–3 u.ś.o.z. osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z., czyli jako wskazane w tym przepisie osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników (art. 3 ust. 1a u.ś.o.z.).

Przepis ten umożliwia objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym cudzoziemców niemających obywatelstwa żadnego z państw UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, miejsca zamieszkania na terytorium tych państw, dokumentów pobytowych wskazanych w art. 3 ust. 1 pkt 2–2b u.ś.o.z., a jednocześnie spełniających warunki do objęcia w Polsce ubezpieczeniem społecznym. Oznacza to, że od 9.12.2021 r. cudzoziemiec objęty w Polsce ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników, z jakiegokolwiek tytułu wskazanego w art. 66 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z., podlega w Polsce również obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tego tytułu. W ten sposób uzyskali ubezpieczenie zdrowotne cudzoziemcy mogący podejmować w Polsce legalne zatrudnienie powodujące objęcie ich ubezpieczeniem społecznym, pomimo braku zezwolenia na pobyt czy wizy w celu wykonywania pracy.

Ustawodawca uznał, że brak możliwości uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego dla tej grupy cudzoziemców, pomimo ich legalnego zatrudnienia i podlegania w Polsce ubezpieczeniu społecznemu, stanowiłby niczym nieuzasadnione ograniczenie praw tych osób przebywających w Polsce.

8. Artykuł 3 ust. 2 pkt 1–4 u.ś.o.z. wprowadza uregulowanie, na podstawie którego cudzoziemcy wskazani w tym przepisie mogą uzyskać ubezpieczenie zdrowotne w wyniku zawarcia z NFZ umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jeżeli jednak student cudzoziemiec (doktorant cudzoziemiec), który odbywa kształcenie w RP, lub absolwent cudzoziemiec, który odbywa w RP obowiązkowy staż (osoba odbywająca kurs języka polskiego lub kurs przygotowawczy do podjęcia nauki w języku polskim), spełnia przesłanki określone w art. 3 ust. 2 pkt 5–6 lub w art. 3 ust. 1 pkt 3 i 3a u.ś.o.z., to podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu odpowiednio jako członek rodziny albo zostaje objęty obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym odpowiednio jako student (doktorant) niepodlegający obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu lub jako absolwent cudzoziemiec, który odbywa w RP obowiązkowy staż, oraz jako osoba odbywająca kurs języka polskiego lub kurs przygotowawczy

do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach odrębnych, niepodlegający obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu (tj. na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 20 i 20a u.s.o.z.).

Osoby wskazane w art. 3 ust. 2 pkt 1–4 u.s.o.z. powinny ubezpieczyć się dobrowolnie jedynie wówczas, gdy nie spełniają przesłanek do uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę na ubezpieczenie zdrowotne lub nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z jakiegokolwiek tytułu.

W przypadku osób wskazanych w art. 3 ust. 2 pkt 1–4 u.s.o.z. ustawodawca wprowadził dla tych osób preferencje w zakresie dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego np. w przedmiocie wysokości składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (szerzej zob. komentarz do art. 68).

9. Status ubezpieczonego mają także (na podstawie art. 3 ust. 2 pkt 5–6 u.s.o.z.) następujące osoby:

- zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa członkowie rodzin osób objętych obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, posiadających obywatelstwo państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa i zamieszkujących na terytorium państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa (oczywiście tylko wówczas, gdy wymienieni wyżej członkowie rodziny nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego);
- zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa członkowie rodzin osób objętych obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym nieposiadających obywatelstwa państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa i legalnie zamieszkujących na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa (jeżeli wspomniani członkowie rodziny nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie wspomnianych wyżej przepisów o koordynacji);
- zamieszkujący na terytorium Polski członkowie rodzin osób objętych obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym nieposiadających obywatelstwa państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa i przebywających na terytorium RP na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy (z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 u.cudz.), zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego UE, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany, wizy wydanej w celu przyjazdu ze względów humanitarnych, z uwagi na interes państwa lub zobowiązania międzynarodowe (jeżeli wspomniani członkowie rodziny nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem osób wskazanych w art. 66 ust. 2 i 3 u.s.o.z.);

- zamieszkujący na terytorium Polski członkowie rodzin osób objętych obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, które uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium (jeżeli wspomniani członkowie rodziny nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem osób wskazanych w art. 66 ust. 2 i 3 u.s.o.z.);
- zamieszkujący na terytorium Polski członkowie rodzin osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z art. 66 ust. 1 u.s.o.z., innych niż osoby wymienione w art. 3 ust. 1 pkt 2–3 u.s.o.z., nieposiadających obywatelstwa państwa członkowskiego UE, EFTA lub Zjednoczonego Królestwa (jeżeli wspomniani członkowie rodziny nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem osób wskazanych w art. 66 ust. 2 i 3 u.s.o.z.).

Na podstawie powyższych zapisów ubezpieczenie zdrowotne jako członek rodziny może zatem nabyć np. dziecko Szweda zatrudnionego w Polsce i objętego tutaj ubezpieczeniem społecznym oraz zdrowotnym (nawet jeśli to dziecko zamieszkuje w Szwecji, a nie w Polsce). Jest to bowiem dziecko obywatela państwa członkowskiego UE (objętego w Polsce obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym) i zamieszkujące na terenie państwa UE (art. 3 ust. 2 pkt 5 w zw. z art. 3 ust. 1 pkt 1 u.s.o.z.). Odnośnie do ustalania miejsca zamieszkania zob. komentarz do art. 2.

Jako członek rodziny ubezpieczonego może uzyskać ubezpieczenie zdrowotne jedynie osoba bliska dla osoby odprowadzającej składkę na obowiązkowe lub dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, która spełnia warunki określone w art. 5 pkt 3 u.s.o.z. (zob. komentarz do art. 5 pkt 3).

Art. 4. [Ubezpieczenie cudzoziemców]

Ubezpieczeniu nie podlegają, z zastrzeżeniem art. 3, cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej.

Przepis ten wskazuje, że poza cudzoziemcami wymienionymi w art. 3 u.s.o.z. pozostali cudzoziemcy przebywający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce jedynie wtedy, gdy umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Polskę stanowią inaczej.

W szczególności np. cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub w międzynarodowych instytucjach nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce, chyba że umowa międzynarodowa ratyfikowana przez Polskę wprowadza w tym zakresie odmienne uregulowania.

Art. 5. [Wyjaśnienie terminów ustawowych]

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) ambulatoryjna opieka zdrowotna – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;
- 2) apteka – aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny, z którymi Fundusz zawarł umowę na wydawanie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego objętych refundacją;
- 2a) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów;
- 3) członek rodziny – następujące osoby:
 - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
 - b) małżonka,
 - c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 3a) działacz opozycji antykomunistycznej – osobę, o której mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1255), o potwierdzonym statusie działacza opozycji antykomunistycznej;
- 4) felczer ubezpieczenia zdrowotnego – felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4a) Fundusz Medyczny – Fundusz Medyczny, o którym mowa w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875);
- 5) inwalida wojenny lub wojskowy – osobę, o której mowa w art. 6–8 lub w art. 30 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2022 r. poz. 2287);
- 5a) cywilna niewidoma ofiara działań wojennych – osobę, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1820);

- 6) instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę – instytucję wypłacającą rentę strukturalną zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych, przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej lub przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich;
- 6a) karta diagnostyki i leczenia onkologicznego – kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650);
- 7) kombatant – osobę, o której mowa w art. 1–4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2039);
- 7a) kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2, obejmującą niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach;
- 8) korzystający – organizację, podmiot, organ administracji publicznej oraz jednostkę organizacyjną, o których mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1327, 1265 i 1812);
- 9) lek – produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301);
- 10) (uchylony)
- 11) lek recepturowy – produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej;
- 12)–13) (uchylone)
- 13a) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050 oraz z 2022 r. poz. 655 i 1700);
- 14) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – lekarza, lekarza dentystę będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 14a) migracja ubezpieczonych – korzystanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na terytorium innych oddziałów wojewódzkich Funduszu, z wyłączeniem świadczeń, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. e, lub nabywanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, leków i wyrobów medycznych, bezpłatnie, za

- opłatą ryczałtową albo za częściową odpłatnością, w aptekach działających na terytorium innych oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 15) minimalne wynagrodzenie – minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3–5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2020 r. poz. 2207);
- 15a) Narodowy Rachunek Zdrowia – zestawienie wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, uwzględniające źródła finansowania ochrony zdrowia, dostawców usług medycznych oraz funkcje tych usług, oparte na zasadach przejrzystości i rzetelności gromadzonych danych;
- 16) (uchylony)
- 17) niepełnosprawny – osobę, o której mowa w art. 4–5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 i 1981 oraz z 2022 r. poz. 558, 1700 i 1812);
- 17a) nocna i świąteczna opieka zdrowotna – świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym;
- 18) odbywający staż adaptacyjny – wnioskodawcę odbywającego staż adaptacyjny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1646 oraz z 2022 r. poz. 1616);
- 19) osoba bezdomna wychodząca z bezdomności – osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami o pomocy społecznej;
- 19a) osoba deportowana do pracy przymusowej – osobę deportowaną do pracy przymusowej lub osadzoną w obozie pracy przez III Rzeszę lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich, której przyznano uprawnienie do świadczenia pieniężnego, o którym mowa w art. 1a ust. 1 ustawy z dnia 31 maja 1996 r. o osobach deportowanych do pracy przymusowej oraz osadzonych w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1818);
- 20) osoba pobierająca emeryturę lub rentę:
- a) osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, z wyłączeniem dzieci do 18. roku życia pobierających rentę rodzinną,
 - b) osobę pobierającą świadczenie pieniężne, o którym mowa w ustawie z dnia 8 lutego 2023 r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku ze służbą albo podjęciem poza służbą czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia, z wyłączeniem dzieci do 18. roku życia pobierających to świadczenie,
 - c) osobę pobierającą rentę socjalną albo rentę strukturalną na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz. U.

- z 2018 r. poz. 872) lub ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2026 oraz z 2023 r. poz. 412),
- d) osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy;
- 20a) osoba pobierająca rodzicielskie świadczenie uzupełniające – osobę, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1051);
- 21) osoba prowadząca działalność pozarolniczą – osobę, o której mowa w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 22) osoba represjonowana – osobę, o której mowa w art. 12 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego;
- 22a) osoba represjonowana z powodów politycznych – osobę, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych, o potwierdzonym statusie osoby represjonowanej z powodów politycznych;
- 23) osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji – osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;
- 24) osoba współpracująca – osobę, o której mowa w art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – pielęgniarkę, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;
- 26) pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego – pielęgniarkę lub położną będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo pielęgniarkę lub położną zatrudnioną lub wykonującą zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 26a) podmiot kontrolowany – świadczeniodawcę, osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463, 583 i 974), zwanej dalej „ustawą o refundacji”, lub aptekę, u których jest prowadzona kontrola, o której mowa w dziale IIIA;
- 27) podstawowa opieka zdrowotna – podstawową opiekę zdrowotną, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;
- 28) położna podstawowej opieki zdrowotnej – położną, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;

- 28a) poradnia przyszpitalna – komórkę organizacyjną podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowaną w tej samej co szpital dzielnicy, o której mowa w ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 559, 583, 1005, 1079 i 1561) albo w ustawie z dnia 15 marca 2002 r. o ustroju miasta stołecznego Warszawy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1817), a w przypadku gmin, w których nie wprowadzono podziału na dzielnice – w tej samej gminie, i tworzącą funkcjonalną całość ze szpitalem, w której są udzielane ambulatoryjne świadczenia zdrowotne odpowiadające, co do rodzaju udzielanych świadczeń, świadczeniom szpitalnym;
- 29) potrzeby zdrowotne – liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;
- 29a) program polityki zdrowotnej – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego;
- 30) program zdrowotny – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz;
- 30a) program pilotażowy – zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych;
- 31) przeciętne wynagrodzenie – przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”;
- 32) przepisy o koordynacji – przepisy dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określone w:
- a) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.),
- b) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.),

- c) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającym rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1),
 - d) decyzjach wydanych na podstawie przepisów rozporządzeń, o których mowa w lit. a–c,
 - e) umowie o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1),
 - f) protokole w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10) oraz w decyzjach wydanych na podstawie tej umowy;
- 32a) rachunek – fakturę w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2022 r. poz. 931, z późn. zm.) lub rachunek w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2021 r. poz. 1540, z późn. zm.);
- 32b) (uchylony)
- 32c) system IOWISZ – system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 31a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555 i 2280);
- 33) stan nagły – stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720 i 1733);
- 33a) transport sanitarny – przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu;
- 33b) środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego – środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozumieniu ustawy o refundacji;
- 34) świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące;
- 35) świadczenie gwarantowane – świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie;
- 36) świadczenie specjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 37) świadczenie zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
- 38) świadczenie towarzyszące – zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego

- wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego;
- 39) świadczenie wysokospecjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej lub procedurę medyczną spełniające łącznie następujące kryteria:
- a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,
 - b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki;
- 40) świadczenie zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;
- 41) świadczeniodawca:
- a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
 - b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
 - c) (uchylona)
 - d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne,
 - e) podmiot udzielający opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1873);
- 42) procedura medyczna – postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- 42a) taryfa świadczeń – zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa ustawa o refundacji;
- 42b) technologia medyczna – leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w określonych wskazaniach, a także organizacyjne systemy wspomagające, w obrębie których wykonywane są świadczenia zdrowotne;
- 43) ubezpieczenia społeczne – ubezpieczenia określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 44) ubezpieczenie społeczne rolników – ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- 44a) uprawniony żołnierz lub pracownik – żołnierz lub pracownik wojska, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. z 2021 r.

- poz. 396 oraz z 2022 r. poz. 655), który doznał urazu lub zachorował podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa;
- 44b) weteran poszkodowany – osobę posiadającą status weterana poszkodowanego nadany na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2022 r. poz. 2205);
- 45) wolontariusz – osobę, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
- 46) wyroby medyczne – wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, systemy i zestawy zabiegowe, w rozumieniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.), oraz wyroby medyczne do diagnostyki in vitro i wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, w rozumieniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylecia dyrektywy 98/79/WE i decyzji Komisji 2010/227/UE (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 176, z późn. zm.);
- 47) żołnierz zastępczej służby wojskowej – osobę, o której mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach m.d. uranu i batalionach budowlanych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1774).

I. Zagadnienia ogólne

1. Przepis art. 5 zawiera katalog definicji legalnych, którymi należy się posługiwać przy interpretacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Większość z nich odnosi się wyłącznie do zagadnień regulowanych w tej ustawie, jest jednak grupa definicji odsyłających do innych ustaw, wskazujących zarazem na konieczność rozumienia poszczególnych pojęć według definicji obowiązujących w tych ustawach. Ustawa refundacyjna oraz kolejne nowelizacje ustawy: z 11.10.2013 r., z 21.03.2014 r. oraz z 22.07.2014 r. zmieniły istotnie słownik terminów ustawowych.

Ustawą refundacyjną uchylono:

- a) pkt 10, zawierający definicję leku podstawowego, czyli produktu leczniczego ratującego życie lub niezbędnego w terapii dla przywrócenia lub poprawy zdrowia, spełniającego warunki bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności kosztowej. W związku z faktem, że w obecnym stanie prawnym obwieszczenie ministra właściwego do spraw zdrowia zawierające wykazy leków refundowanych, w stosunku do których wydano ostateczne decyzje administracyjne o objęciu refundacją, nie przewiduje kategorii leku podstawowego, odpadło uzasadnienie do utrzymywania takiej definicji;

- b) pkt 12, zawierający definicję leku uzupełniającego, rozumianego jako produkt leczniczy wspomagający lub uzupełniający działanie leków podstawowych, a także produkt leczniczy o zbliżonych właściwościach terapeutycznych do leku podstawowego. W związku z faktem, że ustawa o refundacji leków wprowadziła podział produktów refundowanych na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, nie przewidując tym samym kategorii leku uzupełniającego, odpadło uzasadnienie utrzymywania tej definicji;
- c) pkt 16, zawierający definicję nazwy międzynarodowej leku, rozumianej jako nazwa leku zalecana przez Światową Organizację Zdrowia. Uzasadnieniem uchylecia tego przepisu był fakt zaistnienia definicji nazwy międzynarodowej leku w tożsamym brzmieniu w art. 2 pkt 12 u.r.l. Powyższa nazwa (*international nonproprietary name* – INN) „jest nadawana substancjom farmaceutycznym lub substancjom czynnym od 1950 r. przez WHO i pomaga w ich identyfikacji w skali światowej. Nazwa INN odnosi się do aktywnej części substancji czynnej, która zwykle jest zasadą, kwasem lub alkoholem. Niekiedy istotne jest także podanie różnych soli lub estrów tej samej substancji czynnej. Wówczas stosowane jest określenie zmodyfikowanej nazwy międzynarodowej (INN_M)”²³. Nazwa ta nie identyfikuje więc konkretnego produktu leczniczego, ale grupę leków posiadających w swoim składzie daną substancję farmaceutyczną lub substancję aktywną²⁴. Konieczność przeniesienia definicji nazwy międzynarodowej leku do ustawy o refundacji leków wynikała z faktu, że jest ona istotna:
- jako element jednego z kryteriów, na podstawie których minister właściwy do spraw zdrowia ustala urzędową cenę zbytu leku (art. 13 ust. 8 pkt 4 u.r.l.),
 - przy tworzeniu grup limitowych (art. 15 ust. 2 u.r.l.),
 - w funkcjonowaniu mechanizmu tzw. substytucji aptecznej (art. 44 u.r.l.).

2. Nowelizacją z 21.03.2014 r. uchylono pkt 13, określający definicję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej wprowadzono nowe definicje podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, przy czym definicje te skonstruowano poprzez odesłanie do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

II. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Podstawowymi pojęciami z grupy definicji związanych z zagadnieniami realizacji świadczeń są pojęcia świadczenia opieki zdrowotnej oraz świadczenia zdrowotnego, zawarte odpowiednio w art. 5 pkt 34 i 40. Po analizie tych pojęć można dokonywać dalszych rozróżnień. Ze względu na pierwotnie alfabetyczny układ „słowniczka” pierwszą z definicji uregulowanych w art. 5 jest pojęcie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, które wiąże się z pojęciami

²³ M. Koremba [w:] *Prawo farmaceutyczne. Komentarz*, red. M. Kondrat, Warszawa 2009, LEX, art. 2 pkt 15.

²⁴ J. Adamski, K. Urban, E. Warmińska, *Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Komentarz*, Warszawa 2014, art. 2, nt 13.

definiującymi świadczenia zdrowotne zawartymi w dalszej części katalogu. Nie wymaga ona szczególnego komentarza, należy jednak w tym miejscu wskazać, że na gruncie funkcjonowania ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne można podzielić według różnych kryteriów.

Artykuł 5 pkt 34 wskazuje, że świadczenia opieki zdrowotnej są to świadczenia zdrowotne *sensu stricto*, czyli te, o których mowa w art. 5 pkt 40, oraz świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące (które zgodnie z definicją zawartą w art. 5 pkt 38 nie są już świadczeniami zdrowotnymi). Na temat tego podziału zob. również komentarz do art. 5 pkt 34.

Z kolei świadczenia zdrowotne możemy podzielić w sposób następujący:

- 1) w zależności od formy udzielania świadczeń – na realizowane ambulatoryjnie albo stacjonarnie (według innej nomenklatury są to świadczenia realizowane w ramach lecznictwa otwartego albo lecznictwa zamkniętego), tj. ambulatoryjnie: w podmiotach wykonujących działalność leczniczą nierealizujących świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych (ośrodki zdrowia, przychodnie specjalistyczne, praktyki lekarzy rodzinnych itp.), lub stacjonarnie: w zakładach opieki zdrowotnej realizujących świadczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych (szpitale, zakłady opiekuńczo-lecznicze, ośrodki dzienne itp.). Taki podział sankcjonuje ustawodawca, definiując w art. 5 pkt 1 ambulatoryjną opiekę zdrowotną jako świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w sposób inny niż stacjonarny, tj. dla osób niewymagających udzielania świadczeń w warunkach całodobowych lub całodziennych;
- 2) w zależności od stopnia skomplikowania udzielanych świadczeń – na podstawowe, specjalistyczne i wysokospecjalistyczne. Podział ten również sankcjonuje ustawodawca, definiując w art. 5 pkt 27 podstawową opiekę zdrowotną, w art. 5 pkt 36 – świadczenie specjalistyczne oraz w art. 5 pkt 39 – świadczenie wysokospecjalistyczne;
- 3) w ramach opieki ambulatoryjnej można wyróżnić świadczenia specjalistyczne i świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) w zależności od tego, czy świadczenia przysługują na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, czy też nie, możemy je podzielić na świadczenia gwarantowane i niegwarantowane. Podział ten wynika z postanowień przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz z definicji świadczenia gwarantowanego zawartej w art. 5 pkt 35.

Katalog definicji dotyczących świadczeń zdrowotnych, w porównaniu z katalogiem istniejącym na gruncie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym czy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, jest imponujący i wynika z ciągle rozbudowywanego systemu przepisów dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Podziały na poszczególne świadczenia wiążą się również z podziałem na rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej zdefiniowanych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1146) oraz z warunkami zawierania i realizacji umów (zob. również komentarze do art. 132–161).

III. Apteka

1. W art. 5 pkt 2 u.ś.o.z. wprowadzono definicję pojęcia apteki, odnoszącego się zarówno do apteki ogólnodostępnej, jak i do punktów aptecznych. Jest ono węższe niż pojęcia zawarte w Prawie farmaceutycznym i ustawie o refundacji leków. Powyższe wynika z faktu, że ustawa o refundacji leków odsyła do Prawa farmaceutycznego, które w definicji pojęć apteki ogólnodostępnej i punktu aptecznego nie zawiera elementu umowy na wydawanie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego objętych refundacją, zwanej dalej umową na realizację recept, o której mowa w art. 41 ust. 1 u.r.l. W pierwszej kolejności niezbędne jest więc przybliżenie definicji apteki, która ma swoje źródło w Prawie farmaceutycznym, a następnie uwzględnienie istniejącej do wejścia w życie ustawy o refundacji leków okoliczności wymagającej zawierania przez Narodowy Fundusz Zdrowia z apteką umowy na realizację recept.

Zgodnie z art. 86 ust. 1 w zw. z ust. 2 pr. farm. apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne, o których mowa w art. 4 ust. 3 u.z.farm., oraz sprawują opiekę farmaceutyczną, a także wykonują określone zadania zawodowe, które precyzuje ustawa o zawodzie farmaceuty. Wśród najważniejszych usług farmaceutycznych wpisujących się w funkcjonowanie apteki ogólnodostępnej z perspektywy zawieranych z Funduszem umów na realizację recept, o których mowa w art. 41 ust. 1 u.r.l., należy wskazać:

- 1) wydawanie z apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych w rozumieniu art. 2 pkt 32 pr. farm. i wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozumieniu art. 3 ust. 3 pkt 43 u.b.ż.z., połączone z udzielaniem informacji i porad dotyczących działania i stosowania oraz przechowywania tych produktów, środków lub wyrobów medycznych;
 - 2) sporządzanie produktów leczniczych połączone z oceną ich jakości, w tym trwałości;
 - 3) przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego;
 - 4) udzielanie porady farmaceutycznej w celu zapewnienia prawidłowego stosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w szczególności w zakresie wydania właściwego produktu leczniczego wydawanego bez przepisu lekarza, przekazania informacji dotyczących właściwego stosowania, w tym dawkowania i możliwych interakcji z innymi produktami leczniczymi lub pożywieniem, wydawanego produktu, wyrobu lub środka oraz prawidłowego używania wyrobów medycznych.
2. Apteki ogólnodostępne przeznaczone są do zaopatrywania ludności w produkty lecznicze, leki apteczne, leki recepturowe, wyroby medyczne, a na wydzielonych stanowiskach także

w takie artykuły jak: środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, suplementy diety, produkty kosmetyczne, środki higieniczne, przedmioty do pielęgnacji niemowląt i chorych, środki dezynfekcyjne stosowane w medycynie, środki spożywcze zawierające w swoim składzie farmakopealne naturalne składniki pochodzenia roślinnego (art. 87 ust. 2 pkt 1 w zw. z art. 86 ust. 8 pr. farm.).

Ponadto apteka ogólnodostępna zapewnia świadczenie ludności usług farmaceutycznych, o których była mowa powyżej, oraz sprawowanie opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 u.z.farm. Pojęcie opieki farmaceutycznej zostało szczegółowo zdefiniowane w ustawie o zawodzie farmaceuty jako świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 40 u.s.o.z., udzielane przez farmaceutę i stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii. Warto również przytoczyć, że w ramach powyższej opieki farmaceuta posiada kompetencje ustawowe do prowadzenia konsultacji zorientowanej na zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta w związku ze stosowaniem produktów leczniczych, wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych, w rozumieniu przepisów rozporządzenia 2017/745, oraz wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro i wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, w rozumieniu przepisów rozporządzenia 2017/746, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Opieka farmaceutyczna ma realizować standardy bezpieczeństwa, które – wydaje się – są związane z prewencją przed zjawiskiem polipragmazji, czyli wielolekowości, polegającym na szkodliwym wpływie nadmiernych ilości przyjmowanych przez pacjenta leków, najczęściej więcej niż pięciu jednocześnie²⁵. Powyższemu celowi służy wykonywanie przez farmaceutę przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta, w celu wykrywania i rozwiązywania problemów lekowych oraz zapewnienia bezpieczeństwa w procesie farmakoterapii. Ponadto opieka farmaceutyczna polega na opracowywaniu indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, wykonywanie określonych badań diagnostycznych, a także wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

Powyższa charakterystyka prowadzi zatem do wniosku, że pojęcie apteki należy postrzegać w dwóch płaszczyznach: jako miejsce, gdzie wykonywana jest umowa na realizację recept, ale również jako miejsce sprawowania opieki farmaceutycznej, która jest świadczeniem zdrowotnym polegającym na wspierającym inne zawody uczestnictwie w procesie terapeutycznym, w szczególności farmakoterapii.

²⁵ W.M. Czarkowski, S. Bisch, K. Mleczo, P. Dziadkiewicz, D.A. Kmita, M. Wójcik, M. Janecki, *Polipragmazja jako problem terapeutyczny w populacji pacjentów objętych opieką paliatywną i geriatryczną*, „Medycyna Paliatywna” 2021/1, s. 24–31.

3. Jeżeli chodzi o punkt apteczny, jest to rodzaj placówki, w której odbywa się – podobnie jak w aptekach ogólnodostępnych – obrót detaliczny produktami leczniczymi. Podstawowe zróżnicowanie pomiędzy punktem aptecznym a apteką ogólnodostępną, poza niższymi kwalifikacjami wymaganymi przez ustawodawcę od osób świadczących usługi farmaceutyczne w punktach aptecznych, stanowi zawężony zakres produktów, które mogą być tam wydawane. Zakres ten precyzuje załącznik nr 1 „Kryteria klasyfikacji produktów leczniczych do wykazów oraz zestawienia substancji czynnych, które mogą być zawarte w produktach leczniczych dopuszczonych do obrotu w punktach aptecznych” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21.12.2021 r. w sprawie wykazu substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych, oraz kryteriów klasyfikacji tych produktów do poszczególnych wykazów (Dz.U. z 2022 r. poz. 208 ze zm.).
4. Do powyższych definicji apteki ogólnodostępnej oraz punktu aptecznego, pochodzących z Prawa farmaceutycznego, do których odsyła również ustawa o refundacji leków, ustawodawca w art. 5 pkt 2 u.ś.o.z. dodał element w postaci umowy na realizację recept. Brzmienie art. 5 pkt 2 u.ś.o.z. wskazuje na pewne uproszczenie, wyrażone poprzez sformułowanie „apteka ogólnodostępna lub punkt apteczny, z którymi Fundusz zawarł umowę”, co może sugerować, że to apteka jest stroną tej umowy. Zgodnie z art. 41 ust. 1 u.r.l. stronami umowy na realizację recept są właściwy z uwagi na lokalizację apteki dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz przedsiębiorca będący beneficjentem zezwolenia na prowadzenie apteki, której dotyczy ta umowa. Umowa jest też podpisywana przez, niebędącego jej stroną, kierownika apteki. Umowa taka jest więc zawierana z przedsiębiorcą będącym beneficjentem zezwolenia na prowadzenie apteki, a nie z apteką. Zawarcie umowy nie jest obowiązkowe, co oznacza, że nie ma żadnych przeszkód prawnych do funkcjonowania na rynku farmaceutycznym apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego bez umowy zawartej z Funduszem. Powyższa umowa ma bowiem na celu stworzenie od 1.01.2012 r. podstaw prawnych do realizacji recept na produkty refundowane, sprawozdawanie ich względem Funduszu, a następnie otrzymywanie od oddziału wojewódzkiego Funduszu kwot refundacji²⁶.

Na tle powyższej charakterystyki uzasadnione jest twierdzenie, że unormowania ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie będą odnosiły skutku względem aptek i punktów aptecznych, wobec których nie zawarto umowy na realizację recept. Ustawodawca przyjął, jak widać, założenie, że jedynie te apteki, które zawarły umowę z właściwym oddziałem wojewódzkim Funduszu i funkcjonują w systemie refundacji ze środków publicznych, winny stać się adresatami norm wynikających z przepisów zasadniczej dla całego systemu ochrony zdrowia ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

²⁶ J. Adamski, K. Urban, E. Warmińska, *Refundacja...*

IV. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej

1. Definicja ciągłości udzielania świadczeń została wprowadzona nowelizacją z 11.10.2013 r. Pojęcie to odnosi się do jednego z kryteriów oceny ofert określonych w art. 148 u.ś.o.z. i zostało zdefiniowane na potrzeby prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazuje ono, że przedmiotem oceny na podstawie tego kryterium jest fakt udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dniu złożenia oferty w danym zakresie świadczeń lub na danym obszarze, co skutkuje przyznaniem dodatkowych punktów złożonej przez tego świadczeniodawcę ofercie. Obecnie wartości punktowe w zależności od przedmiotu postępowania określa rozporządzenie kryterialne.
2. Pojęcie ciągłości udzielania świadczeń zdefiniowane w taki sposób nie jest nowością na gruncie prowadzonych przez Fundusz postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W zarządzeniu nr 71/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 27.09.2007 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kryterium ciągłości określano m.in. jako ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców, w ramach danego zakresu świadczeń, realizowanego w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, co w istocie sprowadzało się do przyjęcia, że świadczeniodawca posiadający umowę w danym zakresie świadczeń w dniu złożenia oferty mógł uzyskać 5 dodatkowych punktów jednostkowych. Jednak takie rozumienie kryterium ciągłości musiało ulec zmianie w związku z decyzją nr RWA-9/2009 z 10.07.2009 r.²⁷, w której Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, że przyjęcie za kryterium oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej okoliczności realizowania przez oferenta, w dniu złożenia oferty, leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia jest praktyką polegającą na nadużywaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia pozycji dominującej na krajowym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, i nakazał zaniechanie stosowania tej praktyki. Wskutek tego przed wejściem w życie nowelizacji z 11.10.2013 r. ciągłość udzielania świadczeń należało rozumieć jako ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach lub zakresach zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego lub organizację świadczeń/turnusów zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy, co w istocie powodowało, że wyłącznie indywidualizacja punktacji odróżniała to kryterium od kryterium kompleksowości.
3. Uzasadnieniem wprowadzenia nowelizacji w zakresie zdefiniowania kryterium ciągłości jako organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającej kontynuację procesu

²⁷ [https://decyzje.uokik.gov.pl/bp/dec_prez.nsf/43104c28a7a1be23c1257eac006d8dd4/438d40d12cb3e3edc1257ec6007b8caf/\\$FILE/Decyzja nr RWA-9_2009 NFZ.pdf](https://decyzje.uokik.gov.pl/bp/dec_prez.nsf/43104c28a7a1be23c1257eac006d8dd4/438d40d12cb3e3edc1257ec6007b8caf/$FILE/Decyzja%20nr%20RWA-9_2009%20NFZ.pdf) (dostęp: 21.03.2023 r.).

diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającej ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów, jest okoliczność, że każda zmiana świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia, a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Oferta nowego świadczeniodawcy powinna zatem być lepsza, aby uzasadniać związane z jej wyborem zmiany. W konsekwencji kryterium to premiuje oferty świadczeniodawców realizujących dotąd umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁸. Niewątpliwie jednak przy takiej konstrukcji kryterium ciągłości udzielania świadczeń świadczeniodawcy, którzy nie realizują umowy w danym zakresie świadczeń w dniu składania oferty, mają dużo mniejsze szanse na zawarcie umowy z Funduszem, co może wzbudzać wątpliwości, czy taka ocena ofert pod względem ciągłości udzielania świadczeń, pomimo regulacji ustawowej, nie jest sprzeczna z zasadą równego traktowania świadczeniodawców w rozumieniu art. 134 u.s.o.z. Jest to szczególnie widoczne – i w ocenie autorki dyskryminujące tzw. nowych świadczeniodawców – po modyfikacji art. 156 poprzez skreślenie ust. 2 tego przepisu, co pozwala na przystępowanie do procesu kontraktowania świadczeń podmiotom, które mają już zawarte umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Przy dużej liczbie punktów za ciągłość udzielania świadczeń w przypadku konkursów uzupełniających nowy podmiot nie ma praktycznie szansy na zawarcie umowy w oferowanym zakresie świadczeń (szerzej na ten temat w komentarzu do art. 156).

V. Członek rodziny

Artykuł 5 pkt 3 u.s.o.z. wskazuje osoby, które w sytuacji spełnienia warunków określonych w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6 u.s.o.z. powinny zostać zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodziny osoby objętej obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Jako członkowie rodziny mogą zostać zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego jedynie te osoby, które nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z jakiegokolwiek tytułu (z uwzględnieniem zapisów art. 66 ust. 2 u.s.o.z.; zob. komentarz do art. 66). Oznacza to, że nie jest możliwe zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego np. podlegającego obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu małżonka rencisty czy 22-letniego syna studenta, który jest pracownikiem (szerzej o zgłoszeniu członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego zob. komentarz do art. 67).

Status członka rodziny mogą uzyskać jedynie osoby najbliższe wskazane w tym przepisie. Krąg osób najbliższych, które mogą być uznane za członków rodziny, ma bowiem charakter katalogu zamkniętego. W rezultacie nie można zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego

²⁸ Uzasadnienie projektu nowelizacji z 11.10.2013 r., VII kadencja, druk sejm. nr 1785, s. 2.

np. brata, siostry, teściów, zięcia, wuja. Brak również podstaw do przyznania statusu członka rodziny np. konkubinie.

Członkami rodziny w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie są małżonkowie pozostający w separacji, jeżeli została ona orzeczona prawomocnym wyrokiem sądowym.

Jako dziecko przysposobione może zostać zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego rodzeństwo przysposobione przez osobę objętą obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Z kolei rodzeństwo przysposobione przez małżonka, który został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny (np. przysposobione rodzeństwo małżonki pracownika zgłoszonej do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny pracownika), traktowane jest dla ubezpieczenia zdrowotnego jako dziecko małżonka. W wyniku przysposobienia między osobą przysposabiającą a przysposobioną powstaje bowiem taki stosunek jak między rodzicami i dziećmi.

Śpośród krewnych wstępnych (np. rodziców, dziadków) do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny może zostać zgłoszony jedynie ten wstępny, który pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym ze zstępnym (np. z synem, z wnukiem) opłacającym składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej nie określa jednak definicji pozostawania we wspólnym gospodarstwie domowym. Zbytнім uproszczeniem wydaje się jednak przyjmowanie, że ze wstępnym pozostającym we wspólnym gospodarstwie domowym mamy do czynienia jedynie wówczas, gdy zamieszkuje on pod tym samym adresem co zstępny opłacający składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Nie jest przecież wykluczone zamieszkiwanie czy posiadanie zameldowania pod innym adresem niż adres zstępnego, a mimo wszystko pozostawanie z nim we wspólnym gospodarstwie domowym. Wspólne zamieszkiwanie sprzyja zapewne przyjęciu poglądu, że prowadzone jest również wspólne gospodarstwo domowe, ale nie zawsze zamieszkiwanie pod tym samym adresem stanowi o prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego (np. pod tym samym adresem mogą zamieszkiwać małżonkowie znajdujący się w trakcie postępowania rozwodowego, którzy nie prowadzą już wspólnego gospodarstwa domowego). Z tego też powodu przy określaniu prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego należy brać pod uwagę także takie okoliczności jak m.in. wspólny budżet domowy wstępnego i zstępnego (np. ich wspólne wydatki na żywność, leki, opłaty czynszowe) oraz współpracę w załatwianiu codziennych spraw życiowych (np. wspólne zakupy). O prowadzeniu wspólnego gospodarstwa domowego rozstrzyga zatem więź społeczno-gospodarcza pomiędzy określonymi osobami bliskimi, a nie zameldowanie tych osób w tym samym lokalu mieszkalnym. W rezultacie każdy przypadek powoływania się na prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego wymaga indywidualnego podejścia i wnikliwej oceny.

W przypadku dzieci (wnuków) należy pamiętać o tym, że po ukończeniu 18 lat osoby te mogą być zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego (lub nadal być ubezpieczone jako

członkowie rodziny) jedynie wówczas, gdy dalej uczą się w szkole, uczelni lub szkole doktor-skiej. W takiej sytuacji status członka rodziny zachowują przez cały okres nauki, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26 lat.

Jako członek rodziny może być zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego osoba ucząca się w uczelni (szkole) zarówno publicznej, jak i niepublicznej. Spośród studentów jako członkowie rodziny mogą być zgłoszeni zarówno studenci studiów stacjonarnych, jak i studenci studiów niestacjonarnych. W przypadku zgłaszania studenta (ucznia) do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny nie jest również istotne, czy dana uczelnia (szkoła) znajduje się na terenie Polski.

Przy ustalaniu, czy dana osoba się uczy, pomocne będą przepisy Prawa oświatowego oraz Prawa o szkolnictwie wyższym i nauce.

W tym miejscu wypada zatem wskazać, że zgodnie z art. 2 pr. oś. system oświaty obejmuje m.in.:

- 1) przedszkola, w tym: specjalne, integracyjne, z oddziałami integracyjnymi lub specjalnymi, a także inne formy wychowania przedszkolnego;
- 2) szkoły:
 - a) podstawowe, w tym: specjalne, integracyjne, z oddziałami przedszkolnymi, integracyjnymi, specjalnymi, przysposabiającymi do pracy, dwujęzycznymi, sportowymi i mistrzostwa sportowego, sportowe i mistrzostwa sportowego,
 - b) ponadpodstawowe, w tym: specjalne, integracyjne, dwujęzyczne, z oddziałami integracyjnymi, specjalnymi, dwujęzycznymi, przygotowania wojskowego, sportowymi i mistrzostwa sportowego, sportowe, mistrzostwa sportowego, rolnicze, leśne, morskie, żegluga śródlądowej oraz rybołówstwa,
 - c) artystyczne;
- 3) placówki kształcenia ustawicznego oraz centra kształcenia zawodowego, umożliwiające uzyskanie i uzupełnienie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji zawodowych.

Na podstawie art. 109 p.s.w.n. osoba, która ukończyła studia pierwszego stopnia, zachowuje prawa studenta do dnia 31 października roku, w którym ukończyła te studia. W tym miejscu warto zaznaczyć, że studia są prowadzone na poziomie:

- 1) studiów pierwszego stopnia;
- 2) studiów drugiego stopnia;
- 3) jednolitych studiów magisterskich.

Studia stacjonarne pierwszego stopnia trwają co najmniej 6 semestrów, a jeżeli program studiów obejmuje efekty uczenia się umożliwiające uzyskanie kompetencji inżynierskich – co najmniej 7 semestrów; studia stacjonarne drugiego stopnia trwają od 3 do 5 semestrów; stacjonarne jednolite studia magisterskie trwają od 9 do 12 semestrów. Studia niestacjonarne mogą z kolei trwać dłużej niż odpowiednie studia stacjonarne (art. 64 ust. 1 i art. 65 p.s.w.n.).

Należy zaznaczyć, że do 31.12.2014 r. status członka rodziny posiadały dzieci (wnuki), które ukończyły 18 lat i dalej się kształciły (do ukończenia 26 lat). Pojęcie kształcenia się można było interpretować bardzo szeroko. Od 1.01.2015 r. zawężono natomiast możliwość podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu jedynie do dzieci (wnuków), które ukończyły 18 lat, jeżeli uczą się dalej w szkole, uczelni lub szkole doktorskiej (do 30.09.2016 r. także w zakładzie kształcenia nauczycieli).

Jeśli osoba kończy studia np. w wieku 24 lat, to z datą ukończenia studiów traci status członka rodziny (osoba, która zgłosiła tę osobę do ubezpieczenia zdrowotnego, jest zobowiązana do jej wyrejestrowania z tego ubezpieczenia).

W przypadku studenta bądź ucznia, którego małżonek jest osobą objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym (ewentualnie ma zawartą z NFZ umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego), pierwszeństwo powinno mieć zgłoszenie takiej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego jako małżonka osoby ubezpieczonej. Wspomniany student (uczeń) nie powinien natomiast być nadal zgłaszany do ubezpieczenia zdrowotnego przez rodzica. Z chwilą zgłoszenia studenta (ucznia) do ubezpieczenia zdrowotnego jako małżonka osoby ubezpieczonej należy go zatem wyrejestrować z ubezpieczenia zdrowotnego jako zstępnego osoby ubezpieczonej. Z dniem zawarcia przez osobę kształcącą się małżeństwa najbliższą osobą ubezpieczoną, na której ciąży obowiązek zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, staje się małżonek takiej osoby, a nie jej rodzic. Nie ma jednak podstaw prawnych do zakwestionowania praktyki zgłaszania takich uczniów (studentów) do ubezpieczenia zdrowotnego nadal przez ich rodziców, a nie przez ich małżonków. Wyłącznie z chwilą ukończenia przez studenta (ucznia) 26 lat jedyną osobą mogącą zgłosić taką osobę do ubezpieczenia zdrowotnego będzie jej małżonek. Osoby, które się uczą, mogą bowiem być zgłaszane przez rodzica lub dziadka do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodziny tylko do ukończenia 26. roku życia (chyba że posiadają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności).

Na wstępnym spoczywa obowiązek zgłoszenia zstępnego do ubezpieczenia zdrowotnego jedynie wówczas, gdy nie może być on zgłoszony przez swojego małżonka. Dlatego jeśli np. student zawrze związek małżeński, ale jego małżonek nie jest objęty obowiązkowym (lub dobrowolnym) ubezpieczeniem zdrowotnym, to tenże student może być nadal zgłaszany do ubezpieczenia zdrowotnego przez rodzica. Sytuacja taka może mieć miejsce np. wówczas, gdy mąż studentki zgłoszonej do ubezpieczenia zdrowotnego jako zstępny osoby ubezpieczonej jest również studentem pozostającym na utrzymaniu rodziców (i jest zgłoszony do ubezpieczenia przez jednego ze swoich rodziców). Pomimo zawarcia małżeństwa każde ze wspomnianych studentów nadal posiada ubezpieczenie zdrowotne jako zstępny osoby odprowadzającej składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Należy podkreślić, że jeśli np. studentka zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego przez rodzica urodzi dziecko, to tenże rodzic powinien zgłosić wnuka do ubezpieczenia zdrowotnego.

Uczący się zstępni mają status członka rodziny jedynie wówczas, gdy nie przekroczyli 26. roku życia. Dlatego jeśli np. student ukończył 26 lat, to nawet mimo dalszego uczenia się powinien zostać wyrejestrowany z ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny (jako datę wyrejestrowania z ubezpieczenia należy wówczas wskazać datę ukończenia 26. roku życia). Nie oznacza to jednak, że taka osoba w celu uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego powinna ubezpieczyć się dobrowolnie. Osoba, która się uczy, ale ukończyła już 26 lat, podlega bowiem zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię jako student niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

Zgodnie z art. 112 k.c. przy obliczaniu wieku osoby fizycznej termin upływa z początkiem ostatniego dnia. Dlatego dziecko student urodzone 12.09.1997 r. kończy 26 lat 12.09.2023 r., ale dopuszczalny limit wieku minie dla tej osoby w dniu 11.09.2023 r. W konsekwencji osoba ta powinna zostać wyrejestrowana z ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny z dniem 11.09.2023 r., natomiast od 12.09.2023 r. powinna zostać zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego przez uczelnię.

Spośród osób uczących się po ukończeniu 26. roku życia status członka rodziny mają jedynie ci zstępni osób ubezpieczonych, którzy posiadają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne orzeczenie traktowane na równi (szerzej o pojęciu niepełnosprawności zob. komentarz do art. 5 pkt 17). Nie daje natomiast takich uprawnień posiadanie orzeczenia o umiarkowanym lub lekkim stopniu niepełnosprawności. Wypada także podkreślić, że osoba posiadająca orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub inne orzeczenie traktowane z nim na równi) zachowuje po ukończeniu 18. roku życia status członka rodziny nawet wówczas, gdy się nie uczy. Wspomniana osoba może być bowiem zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jako członek rodziny niezależnie od osiągniętego wieku i niezależnie od tego, czy się uczy. Status członka rodziny posiada zatem np. zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego przez rodzica emeryta 40-letnia osoba, która posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Oczywiście wspomniana osoba nie miałaby statusu członka rodziny w sytuacji, gdyby była np. pracownikiem czy osobą pobierającą rentę z tytułu niezdolności do pracy. W takim bowiem przypadku osoba ta podlegałaby obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu i – co za tym idzie – nie mogłaby być zgłoszona do ubezpieczenia jako członek rodziny.

Jeżeli student został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego jako małżonek osoby odprowadzającej składkę na ubezpieczenie zdrowotne, to fakt ukończenia przez niego 26. roku życia w trakcie odbywania studiów nie powoduje utraty statusu członka rodziny (i tym samym konieczności wyrejestrowania go z ubezpieczenia zdrowotnego przez małżonka). Wiek osoby uczącej się (jak też sam fakt uczenia się) odgrywa rolę jedynie wówczas, gdy wspomniana osoba zgłaszana jest do ubezpieczenia zdrowotnego jako zstępny, czyli dziecko lub wnuk, a nie jako małżonek osoby objętej obowiązkowym bądź dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Osoba najbliższa, aby uzyskać status członka rodziny, nie musi pozostawać na wyłącznym utrzymaniu osoby opłacającej składkę na obowiązkowe lub dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. W związku z powyższym jako członek rodziny może zostać zgłoszony np. małżonek osiągający przychody z tytułu umów o dzieło (jeżeli przychody te nie są uzyskiwane w ramach prowadzenia pozarolniczej działalności), uzyskiwanie przychodu z tytułu umowy o dzieło nie wiąże się bowiem z odprowadzaniem składki na ubezpieczenie zdrowotne. W konsekwencji niejednokrotnie dochodzi do sytuacji, że jako członek rodziny jest zgłaszana osoba, która w rzeczywistości utrzymuje osobę objętą obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym (np. bezrobotny bez prawa do zasiłku zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny swoją małżonkę uzyskującą przychody z tytułu umów o dzieło).

Za członka rodziny, czyli np. za wstępnego pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym opłacającym składkę na ubezpieczenie zdrowotne, nie jest odprowadzana jakakolwiek składka na ubezpieczenie zdrowotne. Osoba opłacająca składkę na ubezpieczenie zdrowotne i zgłaszająca wstępnego do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny nie powinna zatem obawiać się, że z tego powodu zostanie obciążona dodatkowymi składkami.

Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego (z wyłączeniem pomocnika rolnika), jak też osoba, która zawarła umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, są zobowiązane zgłosić członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego. Dopiero po takim zgłoszeniu członek rodziny uzyskuje prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. Narodowy Fundusz Zdrowia ma w konsekwencji podstawy do odmowy sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego np. wstępnemu osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i opłacającej składkę na ubezpieczenie zdrowotne, który nie został zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego.

VI. Działacz opozycji antykomunistycznej

Działacze opozycji antykomunistycznej z uwagi na przysługujący im status zostali uposażeni przez ustawodawcę w szczególne uprawnienia do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej i z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach oraz do uzyskiwania gwarantowanych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania, dlatego ustawodawca stworzył legalną definicję charakteryzującą tę grupę pacjentów. Do tej populacji szczególnie uprawnionych pacjentów należą osoby, o których mowa w art. 2 ust. 1 u.d.o.a., o potwierdzonym statusie działacza opozycji antykomunistycznej. Zgodnie z ww. przepisem działaczem opozycji antykomunistycznej jest osoba, która w okresie od 1.01.1956 r. do 4.06.1989 r. łącznie przez co najmniej 12 miesięcy prowadziła, w ramach struktur zorganizowanych lub we współpracy z nimi, zagrożoną odpowiedzialnością karną działalność na rzecz odzyskania przez Polskę niepodległości i suwerenności lub respektowania politycznych praw człowieka w Polsce.

Zgodnie z art. 4 u.d.o.a. status działacza opozycji antykomunistycznej lub osoby represjonowanej z powodów politycznych przysługuje osobie:

- 1) która nie była pracownikiem, funkcjonariuszem lub żołnierzem organów bezpieczeństwa państwa, chyba że przedłoży dowody, że przed 31.07.1990 r. bez wiedzy przełożonych czynnie wspierała osoby lub organizacje działające na rzecz odzyskania przez Polskę niepodległości i suwerenności lub respektowania politycznych praw człowieka w Polsce i
- 2) co do której w archiwum Instytutu Pamięci Narodowej – Komisji Ścigania Zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu nie zachowały się dokumenty wytworzone przez nią lub przy jej udziale w ramach czynności wykonywanych przez nią w charakterze tajnego informatora lub pomocnika przy operacyjnym zdobywaniu informacji przez organy bezpieczeństwa państwa.

Sposób potwierdzania statusu działacza opozycji antykomunistycznej wskazuje art. 5 ust. 1 u.d.o.a., zgodnie z którym odbywa się to w drodze decyzji administracyjnej Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych po stwierdzeniu przez Prezesa Instytutu Pamięci Narodowej – Komisji Ścigania Zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu, że osoba ubiegająca się o potwierdzenie statusu działacza opozycji antykomunistycznej lub osoby represjonowanej z powodów politycznych spełnia dwa przytoczone powyżej warunki, o których mowa w art. 4 u.d.o.a.

VII. Fundusz Medyczny

Fundusz Medyczny został powołany ustawą o Funduszu Medycznym, która weszła w życie 26.11.2020 r. (art. 37 u.FM). Przepisy te istotnie znowelizowano ustawą z 1.12.2022 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2674), poszerzając zakres jego celów. Jak wynika z art. 3 u.FM, celem Funduszu Medycznego jest wsparcie działań zmierzających do poprawy zdrowia i jakości życia w Rzeczypospolitej Polskiej przez zapewnienie dodatkowych źródeł finansowania:

- 1) profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób cywilizacyjnych, w tym chorób nowotworowych, chorób zakaźnych i chorób rzadkich;
- 2) infrastruktury ochrony zdrowia wpływającej na jakość i dostępność oraz bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) rozwoju systemu opieki zdrowotnej przez koncentrację działań wokół pacjenta i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin;
- 5) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia;
- 6) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju.

W relacji do zadań wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej środki finansowe z Funduszu Medycznego zasilają Narodowy Fundusz Zdrowia i w konsekwencji stanowią dofinansowanie do świadczeń opieki zdrowotnej (dla osób poniżej 18. roku życia) oraz ratunkowego dostępu do technologii lekowych.

VIII. Inwalida wojenny lub wojskowy

1. W art. 5 pkt 5 u.ś.o.z. ustawodawca wprowadził definicję pojęć inwalidy wojennego oraz wojskowego jako szczególnych grup świadczeniobiorców poprzez odesłanie do przepisów ustawy o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin. Warunkiem koniecznym pełnego zdefiniowania zakresu powyższych pojęć jest odniesienie się do przepisów normujących: pojęcie inwalidy wojennego (art. 6 u.z.i.w.w.), na czym polega związek inwalidztwa z działaniami wojennymi (art. 7 u.z.i.w.w.), co to jest inwalidztwo równorzędne wojennemu (art. 8 u.z.i.w.w.) oraz pojęcie inwalidy wojskowego (art. 30 u.z.i.w.w.).
2. **Inwalida wojenny.** Inwalidą wojennym jest żołnierz, który został zaliczony do jednej z grup inwalidów wskutek inwalidztwa powstałego w związku z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych w czasie:
 - 1) pełnienia w okresie wojny 1939–1945 służby w Wojsku Polskim, w polskich formacjach wojskowych przy armiach sojuszniczych oraz w oddziałach ruchu podziemnego lub partyzanckiego prowadzących na obszarze państwa polskiego walkę z hitlerowskim okupantem;
 - 2) uczestniczenia w walkach z oddziałami Ukraińskiej Powstańczej Armii oraz grupami Wehrwofu.

Za inwalidę wojennego uważa się również żołnierza mającego obywatelstwo polskie, który został zaliczony do jednej z grup inwalidów wskutek inwalidztwa powstałego w związku z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych w czasie pełnienia w okresie wojny 1939–1945 służby w Armii Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich oraz w innych armiach sojuszniczych, a także w oddziałach antyfaszystowskiego ruchu podziemnego lub partyzanckiego działających na obszarze innych państw.

Za inwalidztwo powstałe w związku z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych uważa się inwalidztwo będące następstwem zranień, kontuzji i innych obrażeń lub chorób doznanych:

- 1) w walce z wrogiem;
- 2) na froncie lub w związku z pobytem na froncie;
- 3) wskutek wypadku pozostającego w związku z pełnieniem czynnej służby wojskowej w czasie określonym w art. 6 u.z.i.w.w.;
- 4) w związku z pobytem w niewoli lub w obozie dla internowanych;
- 5) w związku z udziałem w ruchu podziemnym lub partyzanckim oraz z pobytem w niewoli, w obozach koncentracyjnych lub w więzieniach za udział w tym ruchu.

Z powyższego jednoznacznie wynika, że status inwalidy wojennego jest nadawany w przypadku spełnienia kumulatywnie dwóch koniecznych przesłanek: osoba zaliczona została

do jednej z grup inwalidów oraz zachodzi związek przyczynowy powstania tej niezdolności z działaniami wojennymi²⁹.

Za inwalidę wojennego uważa się również osobę mającą obywatelstwo polskie, która została zaliczona do jednej z grup inwalidów z tytułu inwalidztwa będącego następstwem zranień lub kontuzji doznanych w związku z:

- 1) pełnieniem służby w wojskowych oddziałach ludowych w czasie wojny domowej w Hiszpanii lub w okresie internowania w następstwie tej służby;
- 2) udziałem w obronie Poczty Gdańskiej we wrześniu 1939 r. i w walkach o Cytadelę Poznańską w lutym 1945 r.;
- 3) uczestniczeniem w konwojach w okresie wojny 1939–1945 w charakterze członka załóg handlowych statków morskich;
- 4) udziałem w powstaniu wielkopolskim oraz powstaniach śląskich;
- 5) rozminowywaniem kraju w czasie pełnienia służby w Siłach Zbrojnych Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej po zakończeniu wojny 1939–1945.

3. Inwalida wojskowy. Jeżeli chodzi o pojęcie inwalidy wojskowego, to jest nim żołnierz niezawodowy Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, który został zaliczony do jednej z grup inwalidów wskutek inwalidztwa powstałego:

- 1) w czasie odbywania czynnej służby wojskowej w okresie pokoju, z wyjątkiem terytorialnej służby wojskowej pełnionej dyspozycyjnie;
- 2) w ciągu 3 lat od zwolnienia z tej służby, jeżeli inwalidztwo to jest następstwem chorób powstałych lub urazów doznanych w czasie odbywania służby wojskowej.

4. Powyższe przybliżenie definicji daje pełny obraz zakresu tej szczególnie uprawnionej kategorii świadczeniobiorców. Warto też dodać, że powyżsi świadczeniobiorcy zostali uposażeni przez ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej w pewne szczególne uprawnienia w zakresie:

- dostępu do leków refundowanych, tj. bezpłatnie, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (art. 45 u.ś.o.z.);
- prawa do bezpłatnych wyrobów medycznych (art. 47 u.ś.o.z.);
- prawa korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach (art. 47c u.ś.o.z.);
- braku konieczności uzyskiwania skierowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych w przypadku przyznania renty finansowanej z budżetu państwa lub ze składek na ubezpieczenia zdrowotne (art. 57 ust. 2 pkt 10 u.ś.o.z.).

²⁹ Tak też wyrok SN z 2.07.2009 r., I UK 50/09, LEX nr 529768.

IX. Cywilna niewidoma ofiara działań wojennych

Cywilną niewidomą ofiarą działań wojennych jest osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z 16.11.2006 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1820). Zgodnie z tym przepisem cywilnymi niewidomymi ofiarami działań wojennych są obywatele polscy posiadający stałe miejsce zamieszkania w RP, którzy nie wchodząc w skład formacji wojskowych, zmilitaryzowanych służb państwowych lub formacji zbrojnych ruchu oporu, doznali naruszenia sprawności organizmu, powodującego całkowitą niezdolność do pracy poprzez utratę wzroku w wyniku:

- 1) działań wojennych w okresie wojny 1939–1945 lub
- 2) eksplozji niewypałów lub niewybuchów pozostałych po wojnie 1939–1945 na terytorium RP.

Status cywilnej niewidomej ofiary działań wojennych stanowi tytuł do objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, chyba że osoba posiadająca powyższy status podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, czyli np. z tytułu pobierania emerytury (art. 66 ust. 1 pkt 31a u.ś.o.z.).

X. Instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę

Ilekcioć w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej jest mowa o instytucji wypłacającej emeryturę lub rentę, ustawodawca rozumie przez to instytucję wypłacającą rentę strukturalną zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych, przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej lub przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich. Uregulowania w tym zakresie znajdują się zatem m.in. w ustawie z 26.04.2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz.U. z 2018 r. poz. 872) czy w ustawie z 28.11.2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2026 ze zm.).

Instytucją wypłacającą rentę strukturalną na podstawie tychże przepisów jest m.in. Prezes KRUS (art. 16 ust. 1 ustawy o rentach strukturalnych w rolnictwie oraz art. 5 ust. 3 ustawy o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej).

Na instytucji wypłacającej emeryturę lub rentę ciąży obowiązek zgłoszenia do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego osoby pobierającej wspomnianą wyżej rentę strukturalną. Ponadto instytucja ta jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty renty i odprowadza składkę na ubezpieczenie zdrowotne za wspomnianą osobę (art. 75 ust. 1 i art. 85 ust. 9 u.ś.o.z.).

XI. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego

Definicja została dodana w wyniku wejścia w życie z dniem 20.04.2023 r. ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej i wiąże się z wprowadzeniem Krajowej Sieci Onkologicznej. Warto jednak podkreślić, że pojęcie nie jest nowe, szybką ścieżkę onkologiczną w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej wprowadzono nowelizacją z 22.07.2014 r. (zob. również komentarz do art. 32a). Obecnie definicja zawiera odesłanie do art. 39 u.KSO, który określa uprawnienia wynikające z karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz zasady wydawania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Jak wynika z tej regulacji, karta diagnostyki i leczenia onkologicznego uprawnia świadczeniobiorcę do:

- 1) diagnostyki onkologicznej;
- 2) leczenia onkologicznego.

Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych. Zmiana ta wynika z zasadniczego przeorganizowania systemu opieki onkologicznej przepisami ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Przeorganizowanie to, pomimo wyodrębnienia szybkiej ścieżki onkologicznej już w 2014 r., było spowodowane niewydolnością dotychczasowego systemu opieki onkologicznej, w tym m.in. nieskoordynowaną opieką nad pacjentem, co skutkowało niezadowolającymi wynikami leczenia nowotworów. Stanowi ono również realizację uchwały nr 10 Rady Ministrów z 4.02.2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. z 2022 r. poz. 814 ze zm.), w której zostało wskazane, że za fundament reformy opieki onkologicznej w Polsce przyjęto opracowanie koncepcji koordynowanej opieki nad pacjentem onkologicznym, a za jeden z celów strategii obrano poprawę organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyki i leczenia oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”³⁰.

XII. Kombatant

1. Kolejną szczególną grupą świadczeniobiorców są kombatanci. Ustawa nie stworzyła definicji tego pojęcia, lecz odsyła do art. 1–4 u.k.o.r. Kombatantami są osoby, które brały udział w wojnach, działaniach zbrojnych i powstaniach narodowych, wchodząc w skład formacji wojskowych lub organizacji walczących o suwerenność i niepodległość Rzeczypospolitej Polskiej. W art. 1 ust. 2 u.k.o.r. zdefiniowane zostało również pojęcie działalności kombatanckiej, przez którą rozumie się:
 - 1) pełnienie służby wojskowej w Wojsku Polskim lub w polskich formacjach wojskowych przy armiach sojusznicznych podczas działań wojennych prowadzonych na wszystkich frontach przez państwo polskie;

³⁰ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, IX kadencja, druk sejm. nr 2935, s. 1–2.

- 2) pełnienie służby w polskich podziemnych formacjach i organizacjach, w tym w działających w ramach tych organizacji oddziałach partyzanckich w okresie wojny 1939–1945;
 - 3) pełnienie służby wojskowej w armiach sojusznicznych, a także w sojusznicznych organizacjach ruchu oporu w okresie wojny 1939–1945, z wyjątkiem formacji Ludowego Komisariatu Spraw Wewnętrznych Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich (NKWD) oraz innych specjalnych formacji, które prowadziły działalność przeciwko ludności polskiej;
 - 4) pełnienie służby w polskich podziemnych formacjach wojskowych lub organizacjach niepodległościowych na terytorium państwa polskiego w jego granicach sprzed 1.09.1939 r. oraz w granicach powojennych w okresie od wkroczenia armii Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich do 21.10.1963 r., jeżeli były to formacje lub organizacje stawiające sobie za cel niepodległość i suwerenność Rzeczypospolitej;
 - 6) uczestniczenie w walkach w jednostkach Wojska Polskiego oraz zmilitaryzowanych służbach państwowych z oddziałami Ukraińskiej Powstańczej Armii oraz grupami Wehrwofu;
 - 7) uczestniczenie w tzw. Niszczycielskich Batalionach (*Istriebitelnykh Batalionach*) na dawnych ziemiach polskich w województwach: lwowskim, stanisławowskim, tarnopolskim i wołyńskim w obronie ludności polskiej przed ukraińskimi nacjonalistami w latach 1944–1945.
2. Uzupełnieniem powyższej definicji jest dyspozycja normy art. 2 u.k.o.r., zgodnie z którą za równoważne działalności kombatanckiej ustawodawca uznał:
- 1) pełnienie funkcji cywilnych we władzach powstań narodowych oraz w administracji podziemnego państwa polskiego w okresie wojny 1939–1945, a także w podziemnych niepodległościowych organizacjach cywilnych w latach 1945–1956;
 - 2) udział w okresie do 31.12.1945 r. w walkach o zachowanie suwerenności i niepodległości państwa polskiego w zmilitaryzowanych służbach państwowych;
 - 3) prowadzenie w okresie wojny 1939–1945 zorganizowanego i profesjonalnego tajnego nauczania dzieci i młodzieży;
 - 4) dawanie schronienia osobom narodowości żydowskiej lub innym osobom, za których ukrywanie w latach 1939–1945 ze względu na ich narodowość lub działalność na rzecz suwerenności i niepodległości Rzeczypospolitej Polskiej groziła kara śmierci;
 - 5) zaokrętowanie marynarzy polskich w charakterze członków załogi na statku bandery własnej lub bandery koalicyjnej przeznaczonym do działań wojennych w okresie wojny 1939–1945;
 - 6) uczestniczenie w latach 1914–1945 w walkach o polskość i wolność narodową Śląska, Wielkopolski, Ziemi Lubuskiej, Gdańska, Pomorza i Ziemi Kaszubskiej oraz Warmii i Mazur, a także innych ziem zagarniętych przez zaborców;
 - 7) czynny udział w zbrojnym wystąpieniu o wolność i suwerenność Polski w Poznaniu w czerwcu 1956 r., który spowodował śmierć lub uszczerbek na zdrowiu;
 - 8) poniesienie śmierci, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia na czas powyżej siedmiu dni w grudniu 1970 r. na Wybrzeżu wskutek działania wojska lub milicji podczas wystąpień wolnościowych.

3. Powyższe przepisy, pomimo szczegółowego enumeratywnego wyliczenia, powodowały liczne rozbieżne interpretacje, które stały się przedmiotem bardzo bogatego orzecznictwa Sądu Najwyższego i Naczelnego Sądu Administracyjnego. Celem przybliżenia wykładni niektórych pojęć zawartych w wymienionych wyżej przepisach przytoczyć należy za NSA, że: „sformułowanie «pełnienie służby» zakłada prowadzenie w sposób stały, zorganizowany i po formalnym przyjęciu w skład podziemnej czy partyzanckiej organizacji, tworzonej na wzór wojskowy i stosujący dyscyplinę wojskową – ze wszystkimi konsekwencjami wobec osób naruszających tę dyscyplinę, działalności, o jakiej stanowi art. 1 ust. 2 pkt 3 ustawy o kombatantach. Przepisy ustawy o kombatantach nie wprowadzają kryterium wieku, jeżeli chodzi o możliwość przyznania uprawnień z tytułu służby w podziemnych formacjach i organizacjach, w tym działających w ramach organizacji oddziałach partyzanckich, jednak regułą było dopuszczanie do takiej działalności osób dorosłych i młodocianych, jednak po ukończeniu 16–17 lat. Jest historycznie dowiedzionym, że zdarzały się sytuacje wyjątkowe, że młodzież młodsza «pełniła służbę», były to jednak przypadki wręcz jednostkowe, a przyznanie uprawnień kombatanckich następowało w oparciu o wyjątkowo rzetelnie udokumentowany materiał dowodowy. [...] Za pełnienie służby nie można bowiem uznać sporadycznie i okazjonalnie udzielanej pomocy formacjom i organizacjom, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 3 ustawy o kombatantach, przez ludność cywilną, w tym dzieci»³¹.

W innym orzeczeniu NSA stwierdził, że: „zarówno orzecznictwo sądów administracyjnych, jak i piśmiennictwo przyjmowało, że żołnierzami Armii Krajowej w czasie drugiej wojny światowej nie były dzieci. Jednak sytuacji takiej nie można wykluczyć, o czym świadczą przekazy historyczne»³².

Sąd Najwyższy stwierdził natomiast, że: „Milicja Obywatelska nie była zmilitaryzowaną służbą państwową w rozumieniu art. 1 ust. 2 pkt 6 i art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego»³³.

4. W art. 3 u.k.o.r. stworzone zostały zasady, według których następuje zaliczanie okresów działalności kombatanckiej lub równorzędnej z działalnością kombatancką. Według tego przepisu zalicza się również czas przebywania:
- 1) w niewoli lub obozach internowanych oraz w obozach podległych Głównemu Zarządowi do Spraw Jeńców Wojennych i Internowanych (GUPWI) NKWD, a od marca 1946 r. MWD ZSRR, i obozach podległych Wydziałowi Obozów Kontrolno-Filtracyjnych NKWD, a od marca 1946 r. MWD ZSRR, spowodowanego działalnością kombatancką, o której mowa w art. 1 ust. 2 u.k.o.r.;

³¹ Wyrok NSA z 27.04.2011 r., II OSK 662/10, LEX nr 1081827.

³² Wyrok NSA z 5.02.2009 r., II OSK 111/08, LEX nr 545315.

³³ Wyrok SN z 17.09.2001 r., III RN 146/00, OSNP 2002/13, poz. 297.

- 2) w hitlerowskich więzieniach, obozach koncentracyjnych i ośrodkach zagłady oraz w innych miejscach odosobnienia, w których warunki pobytu nie różniły się od warunków w obozach koncentracyjnych, a osoby tam osadzone pozostawały w dyspozycji hitlerowskich władz bezpieczeństwa, a także w więzieniach i poprawczych obozach pracy oraz poprawczych koloniach pracy podległych Głównemu Zarządowi Obozów i Kolonii Poprawczych (GUŁag) NKWD, a od marca 1946 r. MWD ZSRR, a także w więzieniach lub innych miejscach odosobnienia na terytorium Polski – spowodowanej działalnością, o której mowa w art. 1 ust. 2 i art. 2 u.k.o.r.
5. W art. 4 u.k.o.r. ustawodawca zdefiniował niezwykle trudne pojęcie represji wojennych i okresu powojennego poprzez sprecyzowanie, że są to okresy przybywania:
- 1) z przyczyn politycznych, narodowościowych, religijnych i rasowych:
 - a) w hitlerowskich więzieniach, obozach koncentracyjnych i ośrodkach zagłady,
 - b) w innych miejscach odosobnienia, w których warunki pobytu nie różniły się od warunków w obozach koncentracyjnych, osoby tam osadzone pozostawały w dyspozycji hitlerowskich władz bezpieczeństwa,
 - c) w innych miejscach odosobnienia, w których pobyt dzieci do lat 14 miał charakter eksterminacyjny, a osoby tam osadzone pozostawały w dyspozycji hitlerowskich władz bezpieczeństwa;
 - 2) z przyczyn narodowościowych i rasowych w gettach;
 - 3) z przyczyn politycznych, religijnych i narodowościowych:
 - a) w więzieniach oraz poprawczych obozach pracy i poprawczych koloniach pracy podległych Głównemu Zarządowi Obozów i Kolonii Poprawczych NKWD, a od marca 1946 r. MWD ZSRR,
 - b) na przymusowych zesłaniach i deportacji w ZSRR;
 - 4) w więzieniach lub innych miejscach odosobnienia na terytorium Polski na mocy skazania w latach 1944–1956, na podstawie przepisów wydanych przez władze polskie, przez sądy powszechne, wojskowe i specjalne albo w latach 1944–1956 bez wyroku – za działalność polityczną bądź religijną, związaną z walką o suwerenność i niepodległość.

Ponadto przepisy ustawy o kombatantach stosuje się także do osób, które jako dzieci zostały odebrane rodzicom w celu poddania eksterminacji lub w celu przymusowego wynarodowienia.

Na tle powyższego unormowania niezbędna była wykładnia Sądu Najwyższego, który orzekł, że „pojęcie «osoba podlegająca represjom w hitlerowskich obozach koncentracyjnych» oznacza również dziecko poczęte, jeżeli urodziło się żywe (art. 4 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego [...] w zw. z art. 8 § 2 k.c. i art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży [...]”³⁴.

³⁴ Wyrok SN z 29.05.1996 r., III ARN 96/95, OSNP 1996/24, poz. 366.

W innym orzeczeniu Sąd Najwyższy stwierdził, że osobę, która urodziła się i przebywała w obozie jenieckim nadzorowanym przez władze bezpieczeństwa III Rzeszy Niemieckiej, uznaje się za podlegającą represjom wojennym w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 1 lit. b u.k.o.r.³⁵

Na tle art. 4 ust. 2 u.k.o.r. Sąd Najwyższy dokonał wykładni, zgodnie z którą osoba, która jako dziecko po aresztowaniu obojga rodziców i konfiskacie domu rodzinnego umieszczona została przymusowo w rodzinie niemieckiej, zapisana do niemieckiej szkoły i organizacji młodzieżowej z zamiarem stopniowego przymusowego wynarodowienia, należy do kategorii osób, które podlegały represjom wojennym w rozumieniu art. 4 ust. 2 u.k.o.r.³⁶

6. Powyższe przepisy oraz ukształtowane na ich podstawie bogate orzecznictwo przybliżają zakresy pojęcia kombatanta, które – jak się okazuje – jest niezwykle złożone i w obszarach składających się na cechy go definiujące bardzo kontrowersyjne, niemniej pojęcie to odgrywa ważną rolę w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, ponieważ przewiduje ona szczególne uprawnienia dla tej grupy świadczeniobiorców, tj.:
- prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach (art. 47c u.ś.o.z.);
 - prawo do uzyskiwania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (art. 57 ust. 2 pkt 10 u.ś.o.z.).

Dodać należy, że kombatanci niepodlegający ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego (art. 66 ust. 1 pkt 31 u.ś.o.z.).

XIII. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej

Definicja kompleksowości udzielania świadczeń została wprowadzona nowelizacją z 11.10.2013 r. Pojęcie to odnosi się do jednego z kryteriów oceny ofert określonych w art. 148 u.ś.o.z. i zostało zdefiniowane na potrzeby prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Głównym celem definiowania tego kryterium było odróżnienie go od pojęcia ciągłości, które przed wejściem w życie nowelizacji z 11.10.2013 r. było zbliżone w treści do kryterium ciągłości. Przez kryterium kompleksowości należy rozumieć co najmniej możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 u.ś.o.z., obejmującą niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji oraz strukturę świadczeń opieki zdrowotnej, tj. możliwość realizacji wszystkich objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia w danym zakresie świadczeń jednostkowych (tzw. produktów rozliczeniowych) przypisanych do danego zakresu świadczeń. Możliwość ta powinna być oceniana na podstawie posiadania niezbędnego

³⁵ Wyrok SN z 26.09.1996 r., III ARN 41/96, OSNP 1997/7, poz. 106.

³⁶ Wyrok SN z 4.02.1994 r., III ARN 86/93, OSNC 1994/11, poz. 221.

potencjału (sprzęt, personel, odpowiednie warunki lokalowe itp.). Wartości punktowe poszczególnych parametrów tego kryterium określa rozporządzenie kryterialne. Pojęcie zakresu poprzez wskazanie, że odnosi się do zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 u.ś.o.z., doprecyzowano nowelizacją z 23.03.2017 r.

XIV. Korzystający

Korzystającym w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest organizacja, podmiot, organ administracji publicznej oraz jednostka organizacyjna, o których mowa w art. 42 ust. 1 u.d.p.p.w.

Status korzystającego mają w związku z tym następujące podmioty, na rzecz których wykonywane są świadczenia przez wolontariuszy:

- 1) organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 u.d.p.p.w. (czyli osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego w RP, o stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności pożytku publicznego; stowarzyszenia jednostek samorządu terytorialnego; spółdzielnie socjalne; a także spółki akcyjne i spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz kluby sportowe będące spółkami działającymi na podstawie przepisów ustawy o sporcie, które nie działają w celu osiągnięcia zysku oraz przeznaczają całość dochodu na realizację celów statutowych oraz nie przeznaczają zysku do podziału między swoich udziałowców, akcjonariuszy i pracowników) w zakresie ich działalności statutowej, w szczególności w zakresie działalności pożytku publicznego, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej;
- 2) organy administracji publicznej, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej;
- 3) jednostki organizacyjne podległe organom administracji publicznej lub nadzorowane przez te organy, z wyłączeniem prowadzonej przez te jednostki działalności gospodarczej;
- 4) podmioty lecznicze w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej.

Wypada nadmienić, że działalnością pożytku publicznego jest działalność społecznie użyteczna, prowadzona przez organizacje pozarządowe w sferze zadań publicznych określonych w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Wspomniana sfera zadań publicznych obejmuje z kolei zadania m.in. w zakresie: pomocy społecznej, działalności charytatywnej, ochrony i promocji zdrowia, edukacji, ekologii, nauki, kultury i sztuki czy obronności państwa (art. 3 ust. 1 i art. 4 ust. 1 u.d.p.p.w.).

Korzystający może zgłosić wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego poprzez zawarcie z NFZ umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie której wolontariusz zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym (szerzej zob. komentarz do art. 68).

XV. Lek

Lek, czyli produkt leczniczy, ma swoją legalną definicję zawartą w Prawie farmaceutycznym, do której odsyła art. 5 pkt 9 u.s.o.z. Zgodnie z art. 2 pkt 32 pr. farm. produkt leczniczy jest substancją lub mieszaniną substancji, przedstawianą jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne. W powyższej definicji na uwagę zasługuje zwrot: „przedstawiana jako posiadająca właściwości”, co jest związane z wszelkimi działaniami o charakterze promocyjnym, w ramach których producenci przypisują swoim produktom cechy, które wymienia powyższa definicja³⁷. W tym miejscu warto przytoczyć orzeczenie z 30.11.1983 r., 227/82, Leendert van Bennekom, EU:C:1983:354, w którym Trybunału Sprawiedliwości stwierdził: „Produktem leczniczym nie jest wyłącznie produkt, który posiada właściwości terapeutyczne czy diagnostyczne, ale także produkt, który takie właściwości posiada w niewystarczającym stopniu bądź nie posiada ich w ogóle, ale został przedstawiony w sposób, który sugeruje konsumentowi, że ma on do czynienia z produktem leczniczym”. W doktrynie³⁸ podnoszony jest argument, że niekiedy mogą zdarzyć się sytuacje, w których zakwalifikowanie jakiegoś produktu jako produktu leczniczego będzie bardzo trudne i wątpliwości będzie budzić, czy nie jest to suplement diety, wyrób medyczny lub żaden z nich. Powyższą kwalifikację winien determinować wynik analizy właściwości, przeznaczenie, mechanizm działania oraz sposób prezentacji danego produktu. Wynik powyższych analiz znajdzie swój wyraz w pozwoleniu na dopuszczenie do obrotu, które kwalifikuje daną substancję lub mieszaninę substancji jako produkt leczniczy. Nie są zatem – jak stwierdził Naczelny Sąd Administracyjny – w tym względzie miarodajne oraz wystarczające oceny i argumenty zainteresowanego uzyskaniem wpisu do Rejestru Produktów Leczniczych³⁹.

Na tle powyższych rozważań dotyczących zakresu pojęcia leku (produktu leczniczego) należy podkreślić, że z punktu widzenia finansowanego ze środków publicznych systemu ochrony zdrowia lek to związane z procesem leczenia świadczenie zdrowotne rzeczowe (art. 5 pkt 37 u.s.o.z.) oraz technologia medyczna (art. 5 pkt 42b u.s.o.z.). Na podstawie zaś art. 15 ust. 2 pkt 14 u.s.o.z. lek został zakwalifikowany obok środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę jako przysługujące świadczeniobiorcy świadczenie gwarantowane. Na uwagę zasługuje tutaj fakt, że świadczeniem gwarantowanym jest lek dostępny na receptę, co w kontekście kategorii dostępności produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu ma istotne znaczenie. Zgodnie bowiem z art. 23a ust. 1 pr. farm. wyróżnia się następujące kategorie dostępności produktów leczniczych:

- 1) wydawane bez przepisu lekarza – OTC;

³⁷ M. Koremba [w:] *Prawo...*, red. M. Kondrat, art. 2 pkt 32.

³⁸ Ł. Sławatyniec [w:] *Prawo farmaceutyczne i refundacja leków*, red. Ł. Sławatyniec, Warszawa 2013, s. 38.

³⁹ Wyrok NSA z 29.03.2012 r., II GSK 152/11, LEX nr 1571163.

- 2) wydawane z przepisu lekarza – Rp;
- 3) wydawane z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania – Rpz;
- 4) wydawane z przepisu lekarza, zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, określone w odrębnych przepisach – Rpw;
- 5) stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym – Lz.

Powyższe prowadzi do konstatacji, że lek należący do pierwszej kategorii dostępności wydawany bez przepisu lekarza (OTC) nie może stać się świadczeniem gwarantowanym w rozumieniu art. 15 ust. 2 pkt 14 u.ś.o.z. Od powyższej zasady istnieją wyjątki wyrażone w art. 43 i 46 u.ś.o.z., o czym szerzej w komentarzach do powyższych przepisów.

Jednocześnie należy pamiętać, że lek nie występuje w systemie ochrony zdrowia jedynie jako produkt wydawany w aptece. W innej formie finansowania ze środków publicznych występuje w programach lekowych (art. 15 ust. 2 pkt 15 u.ś.o.z.), a także w chemioterapii (art. 15 ust. 2 pkt 16 u.ś.o.z.). Ponadto świadczeniem gwarantowanym jest również lek nieposiadający pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzany z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 pr. farm., pod warunkiem że w stosunku do tego leku wydano decyzję o objęciu go refundacją na podstawie ustawy o refundacji (art. 15 ust. 2 pkt 17 u.ś.o.z.).

Zakres definiowanego wyżej pojęcia leku jest różnorodny w tym sensie, że Prawo farmaceutyczne przewiduje kilka rodzajów leków, tj.:

- gotowy – produkt leczniczy wprowadzony do obrotu pod określoną nazwą i w określonym opakowaniu (art. 2 pkt 11 pr. farm.);
- apteczny – produkt leczniczy sporządzony w aptece zgodnie z recepturą farmakopealną, przeznaczony do wydania w tej aptece (art. 2 pkt 10 pr. farm.);
- recepturowy – produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej (art. 2 pkt 12 pr. farm.).

Przybliżenie pojęcia leku jest niezbędne do zdefiniowania:

- uprawnień świadczeniobiorcy przyjętego do szpitala lub innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych (art. 35 u.ś.o.z.);
- szczególnych uprawnień honorowych dawców krwi lub dawców przeszczepu (art. 43 u.ś.o.z.), żołnierzy (art. 44 u.ś.o.z.), inwalidów wojennych (art. 45 i 46 u.ś.o.z.);
- realizacji funkcji kontroli prowadzonej przez Fundusz w zakresie zasadności wyboru leków (art. 61a ust. 1 pkt 3 oraz ust. 2 u.ś.o.z.);
- zadań o charakterze nadzorczym ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 163 ust. 1 pkt 4 u.ś.o.z.);

- zadań Rady Przejrzystości, w szczególności dotyczących przedstawiania stanowisk, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2 u.r.l., a więc służących do ustalenia zasadności, lub jej braku, rozszerzenia wykazu produktów refundowanych, wydawania opinii służących do wydania decyzji administracyjnej o objęciu refundacją leku przy danych klinicznych w zakresie wskazań do stosowania lub dawkowania, lub sposobu podawania, odmiennych niż określone w charakterystyce produktu leczniczego (art. 40 ust. 1 u.r.l.).

XVI. Lek recepturowy

Szczególnym rodzajem leku jest produkt leczniczy sporządzany przez uprawnione do tego osoby w aptece na podstawie recepty lekarskiej. Jest to więc lek powstały z surowców farmaceutycznych lub z leków gotowych w wyniku udzielonej w aptece kwalifikowanej usługi farmaceutycznej, zindywidualizowany w odniesieniu do potrzeb pacjenta, dla którego została przepisana recepta. Wystawienie recepty na lek recepturowy będzie uzasadnione w sytuacji, gdy istniejące w obrocie leki gotowe nie odpowiadają zamierzonym celom leczniczym albo gdy określony produkt ma szczególnie krótką trwałość i nie jest dostępny na rynku w postaci leku gotowego⁴⁰.

Lek recepturowy jest dopuszczony do obrotu bez konieczności uzyskania pozwolenia (art. 3 ust. 4 pkt 1 pr. farm.).

Obowiązujące przepisy bardzo szczegółowo normują warunki, w jakich w ramach usługi farmaceutycznej świadczonej w aptece ma być przygotowywany lek recepturowy.

Omawiana kategoria leków podlega również ścisłemu nadzorowi z jednej strony kierownika apteki, który sprawuje pieczę nad prawidłowością ich sporządzania (art. 88 ust. 5 pkt 3 lit. 5 pr. farm.), a z drugiej Inspekcji Farmaceutycznej, do zadań której należy w szczególności kontrolowanie jakości leków recepturowych sporządzanych w aptekach (art. 109 pkt 4 pr. farm.).

Szczegółowe warunki lokalowe, które musi spełniać apteka do sporządzania leków recepturowych, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27.10.2022 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (Dz.U. poz. 2363 ze zm.), które w § 6 ust. 4 wskazuje m.in., że leki recepturowe sporządzane w aptece są wykonywane w izbie recepturowej przez farmaceutę lub technika farmaceutycznego, w granicach ich uprawnień zawodowych, z surowców farmaceutycznych o potwierdzonej jakości i są przeznaczone do wydania:

- 1) na rzecz pacjenta tej apteki;
- 2) na rzecz pacjenta hospitalizowanego w podmiocie leczniczym, w którym znajduje się ta apteka;
- 3) zgodnie z zapotrzebowaniem wystawionym w celu realizacji zaopatrzenia w leki, o którym mowa w art. 106 ust. 3 pr. farm.

⁴⁰ M. Koremba [w:] *Prawo...*, red. M. Kondrat, art. 2 pkt 11.

Dopełnieniem powyższych standardów są przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.09.2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz.U. z 2022 r. poz. 1737).

Z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.10.2018 r. w sprawie zapotrzebowań oraz wydawania z apteki produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1164) określa obowiązki osób realizujących receptę lub zapotrzebowanie, sporządzających lek recepturowy lub apteczny. Fakt, że sporządzenie leku recepturowego jest kwalifikowaną usługą farmaceutyczną, obrazuje § 4 ust. 2 pkt 3 powyższego rozporządzenia, które wśród obowiązków osoby sporządzającej lek recepturowy przewiduje dokonanie korekty składu leku recepturowego, jeżeli podany na receptę skład może tworzyć niezgodność chemiczną lub fizyczną mogącą zmienić działanie leku lub jego wygląd. Warto też zwrócić uwagę, że sporządzający lek recepturowy farmaceuta ma być również gwarantem bezpieczeństwa pacjenta, na co wskazuje wyrażony w § 4 ust. 2 pkt 4 powyższego rozporządzenia, który kształtuje obowiązek zmniejszenia ilość surowca farmaceutycznego w składzie leku recepturowego do wielkości określonej przez dawkę maksymalną, jeżeli dawka maksymalna jest dla tego surowca ustalona oraz ze składu oraz sposobu użycia podanego w receptę wynika, że nastąpiło przekroczenie dawki maksymalnej, a wystawiający receptę nie uczynił adnotacji o konieczności zastosowania dawki wskazanej w składzie leku.

Na tle powyższych rozważań charakteryzujących zasady sporządzania leku recepturowego pamiętać należy, że omawiana usługa farmaceutyczna świadczona jest na podstawie recepty lekarskiej, co zdeterminowało przewidzenie w przepisach odrębnych reguł odnoszących się do przepisywania takich recept. Zgodnie z przepisem art. 96a ust. 1 pkt 4 pr. farm. na receptę, na której przepisany jest lek recepturowy, należy wskazać jego skład lub nazwę mieszaniny składników, która jest używana zwyczajowo w praktyce farmaceutycznej.

Jeżeli chodzi o funkcjonowanie leków recepturowych w systemie refundacji, należy wskazać, że art. 6 ust. 5 u.r.l. wprowadza zasadę, iż leki te przygotowane z surowców farmaceutycznych lub z leków gotowych, dla których została wydana decyzja administracyjna o objęciu refundacją, są wydawane świadczeniobiorcy za odpłatnością ryczałtową, pod warunkiem że przepisana dawka leku recepturowego jest mniejsza od najmniejszej dawki leku gotowego w formie stałej stosowanej doustnie.

Ponadto wydane na podstawie delegacji zawartej w art. 6 ust. 10 u.r.l. rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.11.2012 r. w sprawie leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych (Dz.U. poz. 1259) zawiera wykaz leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych, a także regulację dotyczącą ilości leku recepturowego, którego dotyczy odpłatność ryczałtowa, oraz sposobu obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego. Podkreślić należy, że zgodnie z art. 96a ust. 2 pr. farm. m.in. lekarz może przepisać dla jednego

pacjenta jednorazowo maksymalnie podwójną ilość leku recepturowego, z zastrzeżeniem, że w przypadku produktów leczniczych w postaci mazideł, maści, kremów, żeli, past do stosowania na skórę można przepisać dziesięciokrotną ilość leku recepturowego, ustaloną na podstawie tych przepisów; jednorazowo może być wystawionych do 16 takich recept niezbędnych pacjentowi do maksymalnie łącznie 120-dniowego okresu stosowania.

XVII. Lekarz, pielęgniarka, położna i felczer ubezpieczenia zdrowotnego

1. Definicje lekarza, pielęgniarki, położnej i felczera ubezpieczenia zdrowotnego określają stosunek prawny, jaki łączy ich ze świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Bycie lekarzem, pielęgniarką, położną czy felczerem ubezpieczenia zdrowotnego wiąże się z określonymi uprawnieniami, które przysługują osobom posiadającym taki status.
2. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego jest osobą uprawnioną do wystawiania skierowań, na podstawie których przysługują świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji leczniczej (art. 57 i 59 u.ś.o.z.), a ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca (art. 61 u.ś.o.z.). Ponadto lekarz ubezpieczenia zdrowotnego jest uprawniony do wystawienia skierowania na badania diagnostyczne (art. 32 u.ś.o.z.) oraz na leczenie uzdrowiskowe (art. 33 u.ś.o.z.). Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną, którą jest m.in. lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (art. 48 u.r.l.). Zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego jest konieczne do realizacji uprawnień do przejazdu środkami transportu sanitarnego (art. 41 u.ś.o.z.).
3. Felczer ubezpieczenia zdrowotnego ma znacznie węższy zakres uprawnień i wynika to zarówno z ustawy z 20.07.1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 2022 r. poz. 1529), jak i z postanowień ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zawód felczera może wykonywać osoba, której Naczelna Rada Lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu i która jest jednocześnie wpisana do Centralnego Rejestru Felczerów prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską.

Istotna zmiana ustawy o zawodzie felczera nastąpiła w wyniku jej nowelizacji ustawą z 16.07.2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1291 ze zm.). Jak wynika z uzasadnienia projektu tej ustawy, zmiany te podyktowane były faktem, że kształcenie przygotowujące do wykonywania zawodu felczera zostało zamknięte w latach 70., jednakże na obecnym rynku pracy nadal funkcjonują osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania tego zawodu. W związku z powyższym minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie art. 1 ust. 1 tej ustawy może jedynie potwierdzić, a nie uznać, kwalifikacje zawodowe felczera osobom, których dyplom podlega

uznaniu na podstawie umowy międzynarodowej. Nie planuje się także przywrócenia kształcenia w tym zawodzie. W konsekwencji nie będzie możliwe przeprowadzenie postępowania o uznanie kwalifikacji w zawodzie felczera, którego istotą jest porównanie programów kształcenia i wskazanie ewentualnych różnic, z uwagi na brak obowiązującego polskiego programu kształcenia. Konieczne jest uchylenie przepisów umożliwiających uzyskanie w obecnym stanie prawnym prawa do wykonywania zawodu felczera przez osoby, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium naszego kraju⁴¹.

Zgodnie z art. 2 ustawy o zawodzie felczera wykonywanie zawodu felczera polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności na badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, udzielaniu pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia, wykonywaniu czynności z zakresu medycyny pracy, zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych, sprawowaniu nadzoru nad artykułami żywnościowymi i produktami użytkowymi, stwierdzaniu zgonów, udziale w procesie leczenia pod nadzorem lub przy współpracy z lekarzem. Czynności te felczer wykonuje samodzielnie w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej albo w utworzonym punkcie felcherskim.

Ustawa o zawodzie felczera rozróżnia felczerów i starszych felczerów. Felczer lub starszy felczer mają prawo przepisywać produkty lecznicze, które są dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem leków bardzo silnie działających oraz niektórych środków odurzających i psychotropowych, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jak również wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, systemy i zestawy zabiegowe, w rozumieniu przepisów rozporządzenia 2017/745, oraz wyroby do samokontroli i pojemniki na próbki, w rozumieniu przepisów rozporządzenia 2017/746. Felczer ma również prawo w takim zakresie realizować swoje uprawnienia w ramach postanowień ustawy o refundacji leków (art. 38 i 48). Felczer ubezpieczenia zdrowotnego ma jednak ograniczone uprawnienia w porównaniu do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i nie może wystawiać skierowań na ambulatoryjne świadczenie specjalistyczne, świadczenia rehabilitacji leczniczej oraz na leczenie uzdrowiskowe.

XVIII. Migracja ubezpieczonych

Stworzenie pojęcia migracji ubezpieczonych wynika z zasad podziału środków finansowych pomiędzy oddziałami wojewódzkimi Funduszu. Zasada podziału środków według ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim, z uwzględnieniem określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej składników, nie uwzględnia jednak migracji ubezpieczonych korzystających ze świadczeń na terenie innych oddziałów wojewódzkich. Rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych jest uwzględniana w planie finansowym Funduszu. Problematyka migracji ubezpieczonych oraz

⁴¹ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, IX kadencja, druk sejm. nr 172, s. 39.

stosowanie w związku z tym zjawiskiem tzw. rozliczeń międzyoddziałowych to pozostałość po systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i tzw. rozliczeń międzykasowych. Zob. komentarze do art. 118 i 119.

XIX. Minimalne wynagrodzenie

Przez pojęcie minimalnego wynagrodzenia należy rozumieć wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3–5 ustawy z 10.10.2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. z 2020 r. poz. 2207).

Oznacza to, że minimalnym wynagrodzeniem jest minimalne wynagrodzenie za pracę uzgodnione przez Radę Dialogu Społecznego⁴² w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez Radę propozycji Rady Ministrów co do wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w roku następnym. Wysokość uzgodnionego w ten sposób minimalnego wynagrodzenia podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” w drodze obwieszczenia Prezesa Rady Ministrów w terminie do 15 września każdego roku.

Jeżeli Rada Dialogu Społecznego nie uzgodni w powyższym terminie 30 dni wysokości minimalnego wynagrodzenia w roku następnym, Rada Ministrów ustala wysokość minimalnego wynagrodzenia w roku następnym wraz z terminem zmiany tej wysokości, w drodze rozporządzenia, w terminie do 15 września każdego roku. Wysokość minimalnego wynagrodzenia ustalona przez Radę Ministrów nie może być jednak niższa od wysokości minimalnego wynagrodzenia wskazanego przez Radę Ministrów w propozycji wysokości minimalnego wynagrodzenia w roku następnym przedłożonej Radzie Dialogu Społecznego (art. 2 ust. 5 w zw. z art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę).

Od 1.01.2023 r. do 30.06.2023 r. wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę wynosi 3490 zł, natomiast od 1.07.2023 r. – 3600 zł (rozporządzenie Rady Ministrów z 13.09.2022 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2023 r. (Dz.U. poz. 1952)).

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej wielokrotnie odwołuje się do minimalnego wynagrodzenia za pracę, np. w zakresie ustalania podstawy wymiaru składki na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne odprowadzanej za wolontariuszy (art. 68 ust. 4 pkt 2), podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne dla rolnika prowadzącego działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej (art. 80 ust. 2) czy podstawy wymiaru składek dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej będących w służbie kandydackiej (art. 81 ust. 7).

⁴² Uregulowania dotyczące kompetencji Rady Dialogu Społecznego zostały określone w ustawie z 24.07.2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 2232 ze zm.).

XX. Narodowy Rachunek Zdrowia

Definicja tego pojęcia została wprowadzona nowelizacją z 24.08.2007 r. w związku z powierzeniem Prezesowi Głównego Urzędu Statystycznego ustawowego zadania związanego ze sporządzaniem Narodowego Rachunku Zdrowia, który – stosownie do przepisu art. 11 ust. 1a u.ś.o.z. – jest uwzględniany przez ministra właściwego do spraw zdrowia przy obliczaniu kosztów średnich w sytuacjach, o których mowa w art. 94 i 95 rozporządzenia nr 574/72. W definicji tej uwzględniono międzynarodową klasyfikację wydatków na ochronę zdrowia (International Classification for Health Accounts, ICHA), opracowaną przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), stanowiącą podstawę rachunku, a także nadrzędne zasady, jakie powinny być uwzględnione przy sporządzeniu powyższego zestawienia⁴³.

XXI. Niepełnosprawny

Ilekróć w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej jest mowa o niepełnosprawnym, należy przez to rozumieć osobę, o której mowa w art. 4–4a i 62 u.r.z.s.n.

W myśl powołanych przepisów do osób o znacznym stopniu niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

Z kolei do osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Do osób o lekkim stopniu niepełnosprawności zalicza się natomiast osobę o naruszonej sprawności organizmu powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mającą ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Osoby, które nie ukończyły 16. roku życia, zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia

⁴³ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, V kadencja, druk sejm. nr 1490, s. 14.

organizmu, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku. Kryteria oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16. roku życia zostały szczegółowo określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 1.02.2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16. roku życia (Dz.U. Nr 17, poz. 162 ze zm.).

O niepełnosprawności orzekają:

- 1) powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako pierwsza instancja;
- 2) wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako druga instancja (art. 6 ust. 1 u.r.z.s.n.).

Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o:

- 1) całkowitej niezdolności do pracy, ustalone na podstawie art. 12 ust. 2 u.e.r.FUS, i o niezdolności do samodzielnej egzystencji, ustalone na podstawie art. 13 ust. 5 u.e.r.FUS, traktowane jest na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 2) niezdolności do samodzielnej egzystencji, ustalone na podstawie art. 13 ust. 5 u.e.r.FUS, jest traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 3) całkowitej niezdolności do pracy, ustalone na podstawie art. 12 ust. 2 u.e.r.FUS, jest traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
- 4) częściowej niezdolności do pracy, ustalone na podstawie art. 12 ust. 3 u.e.r.FUS, oraz o celowości przekwalifikowania, o którym mowa w art. 119 ust. 2 i 3 u.e.r.FUS, jest traktowane na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności (art. 5 u.r.z.s.n.).

Osoby, które przed dniem wejścia w życie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, tj. przed 1.01.1998 r., zostały zaliczone do jednej z grup inwalidów, są osobami niepełnosprawnymi w rozumieniu ustawy, jeżeli przed tą datą orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów nie utraciło mocy.

W takiej sytuacji orzeczenie o zaliczeniu do:

- 1) I grupy inwalidów traktowane jest na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 2) II grupy inwalidów traktowane jest na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
- 3) III grupy inwalidów traktowane jest na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.

Również osoby o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym uznaje się za niepełnosprawne, z tym że:

- 1) osoby, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny, traktuje się jako zaliczone do znacznego stopnia niepełnosprawności;
- 2) pozostałe osoby traktuje się jako zaliczone do lekkiego stopnia niepełnosprawności.

W myśl art. 5a u.r.z.s.n. osoby posiadające ważne orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym lub orzeczenia lekarza orzecznika ZUS mogą składać do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wnioski o ustalenie stopnia niepełnosprawności dla celów korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów. W takiej sytuacji zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności wydaje orzeczenie, w którym stopień niepełnosprawności określa na podstawie przedłożonych orzeczeń i zgodnie z przepisami, o których mowa w art. 5 i 62 u.r.z.s.n. Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności ma prawo żądać od właściwych organów rentowych udostępnienia kopii powołanych wyżej orzeczeń, a organy te są obowiązane do ich udostępniania.

Osobom niepełnosprawnym ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej przyznaje pewne preferencje, np. w zakresie przyznania statusu członka rodziny (zob. komentarz do art. 5 pkt 3) czy w przedmiocie opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne (zob. komentarz do art. 82).

XXII. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

Definicja nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej została dodana nowelizacją z 29.10.2010 r. Zmiana ta weszła w życie z dniem 1.12.2010 r. i dotyczyła w głównej mierze wydzielenia z podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W konsekwencji od 1.03.2011 r. zmienił się sposób finansowania tych świadczeń (ryczałt w miejsce kapitałowej stawki rocznej), zasady udzielania świadczeń (objęcie opieką populacji zamieszkującej na danym obszarze, a nie znajdującej się na liście określonego świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej), a także sposób zawarcia umowy w tym zakresie świadczeń (konkurs ofert lub rokowania, w miejsce trybu określonego w art. 159 u.ś.o.z., na podstawie wniosku o zawarcie umowy). Nowelizacja z 23.03.2017 r. wprowadziła obowiązek udzielania świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez szpitale znajdujące się w podstawowym systemie zabezpieczenia (PSZ). Szerzej na ten temat w komentarzu do art. 132b.

XXIII. Osoba odbywająca staż adaptacyjny

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej wskazuje, że przez osobę odbywającą staż adaptacyjny rozumie się wnioskodawcę odbywającego staż adaptacyjny w rozumieniu przepisów ustawy z 22.12.2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. z 2023 r. poz. 334).

W tym miejscu wypada jedynie stwierdzić, że wnioskodawcą w myśl wymienionej wyżej ustawy jest osoba, o której mowa w art. 2 ust. 1 tej ustawy. Stażem adaptacyjnym jest natomiast wykonywanie zawodu regulowanego w ramach stosunku pracy albo na podstawie umowy cywilnoprawnej, pod nadzorem wykwalifikowanego przedstawiciela tego zawodu, z możliwością dodatkowego szkolenia. Staż adaptacyjny odbywa się w języku polskim i nie może przekraczać trzech lat. Koszty odbywania stażu adaptacyjnego ponosi wnioskodawca.

Osoby odbywające staż adaptacyjny mogą uzyskać w Polsce ubezpieczenie zdrowotne w wyniku zawarcia z NFZ umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (zob. art. 3 ust. 2 pkt 3 u.s.o.z.), chyba że spełniają warunki do uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego jako osoby objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym lub jako członkowie rodziny osoby ubezpieczonej.

XXIV. Bezdomny wychodzący z bezdomności

Za osobę bezdomną wychodzącą z bezdomności ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej uznaje osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami o pomocy społecznej.

W myśl natomiast art. 49 u.p.s. osoba bezdomna może zostać objęta indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności, polegającym na wspieraniu osoby bezdomnej w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych, oraz pomocy w uzyskaniu zatrudnienia. Indywidualny program wychodzenia z bezdomności jest opracowywany przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z 19.07.2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. poz. 1818) – przez pracownika socjalnego centrum usług społecznych, wraz z osobą bezdomną i podlega zatwierdzeniu przez kierownika tego ośrodka, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych – przez dyrektora centrum usług społecznych.

Jeżeli osoba bezdomna przebywa w schronisku dla osób bezdomnych albo schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, indywidualny program wychodzenia z bezdomności może być opracowany przez pracownika socjalnego zatrudnionego w tej placówce. Realizatorem indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności jest w takim przypadku schronisko dla osób bezdomnych albo schronisko dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi. Jednak jeżeli indywidualny program wychodzenia z bezdomności wykracza poza będące w dyspozycji takiej placówki środki pomocy lub zachodzi konieczność objęcia osoby bezdomnej ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega on zatwierdzeniu przez kierownika ośrodka pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych – przez dyrektora centrum usług społecznych. W takim przypadku w programie wskazuje się podmioty odpowiedzialne za realizację poszczególnych postanowień programu.

Indywidualny program wychodzenia z bezdomności powinien uwzględniać sytuację osoby bezdomnej oraz zapewniać szczególne wsparcie osobie aktywnie uczestniczącej w wychodzeniu z bezdomności. Wspomniany program, stosownie do potrzeb osoby bezdomnej,

może uwzględniać wszelkie środki pomocy, jakimi dysponuje ośrodek pomocy społecznej (w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych – centrum usług społecznych) realizujący program.

Osoba bezdomna objęta indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności podlega z tego tytułu obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (zob. art. 66 ust. 1 pkt 29 u.ś.o.z.), chyba że podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu (np. jako pracownik czy zleceniobiorca). Składkę na ubezpieczenie zdrowotne za takiego bezdomnego opłaca ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, ze środków pochodzących z budżetu państwa (art. 86 ust. 1 pkt 11 i ust. 2 u.ś.o.z.).

XXV. Osoba pobierająca emeryturę lub rentę

Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę uważa się w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, z wyłączeniem dzieci do 18. roku życia pobierających rentę rodzinną, osobę pobierającą świadczenie pieniężne, o którym mowa w ustawie z 8.02.2023 r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku ze służbą albo podjęciem poza służbą czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia (Dz.U. poz. 658), z wyłączeniem dzieci do 18. roku życia pobierających to świadczenie, osobę pobierającą rentę socjalną albo rentę strukturalną na podstawie ustawy o rentach strukturalnych w rolnictwie lub ustawy o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej, a także osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy.

Jako przepisy regulujące zaopatrzenie emerytalne i rentowe można wskazać m.in. zapisy ustawy o emeryturach i rentach z FUS oraz ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników. Zaopatrzenie emerytalne i rentowe obejmuje m.in. takie świadczenia jak: emerytura, renta z tytułu niezdolności do pracy, renta rodzinna, renta szkoleniowa.

Regulacje dotyczące renty socjalnej znajdują się z kolei w ustawie z 27.06.2003 r. o rencie socjalnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 240 ze zm.).

Do 30.06.2022 r. za osoby pobierające emeryturę lub rentę uznawało się także dzieci do 18. roku życia pobierające rentę rodzinną.

Osoby pobierające świadczenie pieniężne, o którym mowa w ustawie z 8.02.2023 r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku ze służbą albo podjęciem poza służbą czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia, z wyłączeniem dzieci do 18.

roku życia pobierających to świadczenie, zostały ujęte w grupie osób pobierających emeryturę lub rentę od 21.04.2023 r.

Wspomniane świadczenie pieniężne przysługuje członkom rodziny funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku z:

- 1) wykonywaniem obowiązków służbowych w warunkach zagrażających życiu i zdrowiu, jeżeli funkcjonariusz lub żołnierz zawodowy:
 - a) podejmował czynności operacyjno-rozpoznawcze lub dochodzeniowo-śledcze albo interwencje w celu ochrony osób lub mienia, przywrócenia porządku prawnego, bezpieczeństwa i porządku publicznego lub ratowania życia lub zdrowia ludzkiego,
 - b) uczestniczył w fizycznej ochronie osób lub mienia,
 - c) brał udział w działaniach ratowniczych lub akcji ratowniczej,
 - d) realizował czynności w zakresie bezpośredniej ochrony i opieki nad osadzonymi,
 - e) realizował działania bojowe, w tym kontrterrorystyczne w rozumieniu ustawy z 10.06.2016 r. o działaniach antyterrorystycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2632),
 - f) podejmował czynności związane z ochroną granicy państwowej, dokonywaniem kontroli ruchu granicznego lub zapobieganiem i przeciwdziałaniem nielegalnej migracji,
 - g) wykonywał prace podwodne na rzecz bezpieczeństwa i porządku publicznego,
 - h) realizował czynności w składzie personelu latającego;
- 2) podjęciem poza służbą czynności związanych z ochroną bezpieczeństwa i porządku publicznego lub czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia, skutkujących narażeniem własnego życia lub zdrowia;
- 3) pełnieniem służby przez funkcjonariusza w strefie działań wojennych albo w strefie konfliktu zbrojnego w czasie wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa w Siłach Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, w składzie polskich kontyngentów do misji specjalnych organizacji międzynarodowych, w Policji, w Straży Granicznej, w Służbie Ochrony Państwa, w Agencji Wywiadu, w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego lub w Służbie Wywiadu Wojskowego albo delegowaniem do pełnienia służby poza granicami państwa w kontyngencie utworzonym do realizacji zadań określonych w przepisach ustawowych;
- 4) pełnieniem służby przez żołnierza zawodowego w strefie działań wojennych w czasie wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa związanych z realizacją celów, o których mowa w art. 2 pkt 1 u.z.u.SZ.

Świadczenie pieniężne przysługuje również członkom rodziny funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby

Celno-Skarbowej i Służby Więziennej lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych innych niż wskazane powyżej, w warunkach zagrażających życiu i zdrowiu.

Wspomniane przepisy stosuje się także do funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych, którzy zaginęli w związku z powołanymi powyżej okolicznościami.

Za członków rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych uprawnionych do świadczenia pieniężnego uważa się małżonka, dzieci i rodziców funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych.

Za dzieci funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych uważa się dzieci własne, dzieci małżonka, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie i utrzymanie przed osiągnięciem pełnoletności wnuki, rodzeństwo i inne dzieci, z wyłączeniem dzieci przyjętych na wychowanie i utrzymanie w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka.

Dzieciom funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych prawo do świadczenia pieniężnego przysługuje, jeżeli:

- 1) nie ukończyły 18. roku życia, a w razie uczęszczania do szkoły – 24. roku życia albo 25. roku życia, jeżeli odbywają studia w szkole wyższej, a ukończenie 24. roku życia przypada na ostatni lub przedostatni rok studiów, albo
- 2) stały się całkowicie niezdolne do pracy oraz niezdolne do samodzielnej egzystencji przed osiągnięciem wieku określonego w pkt 1.

Rodzicom funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych prawo do świadczenia pieniężnego przysługuje po uzyskaniu przez nich prawa do emerytury lub renty, lub uposażenia w stanie spoczynku, lub uposażenia rodzinnego albo po ukończeniu w przypadku kobiet 60 lat, a w przypadku mężczyzn – 65 lat. Świadczenie pieniężne przysługuje rodzicom również w przypadku, gdy stali się całkowicie niezdolni do pracy oraz niezdolni do samodzielnej egzystencji przed osiągnięciem wieku określonego w zdaniu pierwszym. Za rodziców funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych uważa się również osoby przysposabiające.

XXVI. Osoba pobierająca rodzicielskie świadczenie uzupełniające

Osoby pobierające rodzicielskie świadczenie uzupełniające są jedną z grup osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 66 ust. 1 pkt 16a u.ś.o.z.). Celem rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego jest zapewnienie niezbędnych środków utrzymania osobom, które zrezygnowały z zatrudnienia lub innej działalności zarobkowej albo ich nie podjęły ze względu na wychowywanie dzieci.

Regulacje dotyczące tego świadczenia znajdują się w ustawie o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym.

Świadczenie może być przyznane:

- 1) matce, która urodziła i wychowała lub wychowała co najmniej czworo dzieci;
- 2) ojcu, który wychował co najmniej czworo dzieci, w przypadku śmierci matki dzieci albo porzucenia dzieci przez matkę lub w przypadku długotrwałego zaprzestania wychowywania dzieci przez matkę.

Świadczenie może być przyznane ww. osobom zamieszkującym na terytorium RP i posiadającym po ukończeniu 16. roku życia centrum interesów osobistych lub gospodarczych (ośrodek interesów życiowych), o którym mowa w art. 3 ust. 1a pkt 1 u.p.d.o.f., na terytorium RP przez okres co najmniej 10 lat, jeżeli są:

- 1) obywatelami RP lub
- 2) posiadającymi prawo pobytu lub prawo stałego pobytu na terytorium RP obywatelami państw członkowskich UE, państw członkowskich EFTA – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, lub
- 3) cudzoziemcami legalnie przebywającymi na terytorium RP.

Świadczenie może być przyznane matce po osiągnięciu wieku 60 lat albo ojcu po osiągnięciu wieku 65 lat, w przypadku gdy nie posiada dochodu zapewniającego niezbędne środki utrzymania (definicja dochodu na potrzeby ustalenia tego świadczenia została wskazana w art. 2 pkt 2 u.r.s.u.). Nie przysługuje ono osobie uprawnionej do emerytury lub renty w wysokości co najmniej najniższej emerytury.

Świadczenie przysługuje pod warunkiem zamieszkiwania na terytorium RP w trakcie jego pobierania.

XXVII. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą

1. Osoby prowadzące działalność pozarolniczą są jedną z najliczniejszych grup osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Ileokroć w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej jest mowa o osobie prowadzącej działalność pozarolniczą, rozumie się przez to osobę, o której mowa w art. 8 ust. 6 u.s.u.s. Z zapisów tego przepisu wynika natomiast, że za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność uważa się:

- 1) osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów Prawa przedsiębiorców lub innych przepisów szczególnych, z wyjątkiem osób wskazanych w art. 8 ust. 6a u.s.u.s.;
- 2) twórcę i artystę;
- 3) osobę prowadzącą działalność w zakresie wolnego zawodu:
 - a) w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
 - b) z której przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;

- 4) wspólnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólników spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej;
 - 5) akcjonariusza prostej spółki akcyjnej wnoszącego do spółki wkład, którego przedmiotem jest świadczenie pracy lub usług (od 1.07.2021 r.);
 - 6) komplementariusza w spółce komandytowo-akcyjnej (od 1.01.2023 r.);
 - 7) osobę prowadzącą publiczną lub niepubliczną szkołę, inną formę wychowania przedszkolnego, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów ustawy Prawo oświatowe.
2. Powołany powyżej art. 8 ust. 6a u.s.u.s. stanowi, że za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność nie uważa się w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych osoby fizycznej, o której mowa w art. 18 ust. 1 pr. przeds. Zgodnie natomiast z tymże art. 18 ust. 1 pr. przeds. przedsiębiorca będący osobą fizyczną, który podejmuje działalność gospodarczą po raz pierwszy albo podejmuje ją ponownie po upływie co najmniej 60 miesięcy od dnia jej ostatniego zawieszenia lub zakończenia i nie wykonuje jej na rzecz byłego pracodawcy, na rzecz którego przed dniem rozpoczęcia działalności gospodarczej w bieżącym lub w poprzednim roku kalendarzowym wykonywał w ramach stosunku pracy lub spółdzielczego stosunku pracy czynności wchodzące w zakres wykonywanej działalności gospodarczej, nie podlega obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym przez okres 6 miesięcy od dnia podjęcia działalności gospodarczej. A zatem przedsiębiorca spełniający ww. warunki nie jest przez okres 6 miesięcy od dnia podjęcia działalności gospodarczej traktowany dla celów ubezpieczeń społecznych, a tym samym dla ubezpieczenia zdrowotnego, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność.
3. Status osoby prowadzącej działalność pozarolniczą mają zatem np. osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą na podstawie wpisu do CEIDG (w tym wspólnicy spółki cywilnej uregulowanej w Kodeksie cywilnym), a także wspólnicy spółek handlowych określonych w Kodeksie spółek handlowych, takich jak: jednoosobowa spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, spółka jawna, spółka komandytowa oraz spółka partnerska czy komplementariusz w spółce komandytowo-akcyjnej.

W odniesieniu do wymienionych w art. 8 ust. 6 pkt 4 u.s.u.s. spółek osobowych należy stwierdzić, że obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym podlega każda osoba fizyczna będąca wspólnikiem spółki komandytowej związanej w celu prowadzenia działalności gospodarczej i prowadzącej taką działalność (art. 6 ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 8 ust. 6 pkt 4 i w zw. z art. 13 pkt 4 u.s.u.s.)⁴⁴.

Wpis spółki jawnej do KRS i brak jej wykreślenia (mimo nieprowadzenia działalności gospodarczej przez wspólników) stanowi samodzielną podstawę podlegania ubezpieczeniom społecznym przez wspólników takiej spółki, co wynika wprost z jednoznacznego brzmienia stosownych przepisów⁴⁵.

⁴⁴ Wyrok SN z 8.12.2020 r., II UK 46/19, LEX nr 3089226.

⁴⁵ Postanowienie SN z 12.08.2020 r., I UK 337/19, LEX nr 3054462.

Podstawę podlegania ubezpieczeniom społecznym stanowi samo posiadanie statusu wspólnika jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością wpisanej do KRS, a nie faktyczne prowadzenie działalności gospodarczej przez spółkę (art. 6 ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 8 ust. 6 pkt 4 u.s.u.s.)⁴⁶.

4. Zgodnie z art. 8 ust. 7 i 8 u.s.u.s. za twórcę uznaje się osobę, która tworzy dzieła w zakresie: architektury, architektury wnętrz, architektury krajobrazu, urbanistyki, literatury pięknej, sztuk plastycznych, muzyki, fotografii, twórczości audiowizualnej, choreografii i lutnictwa artystycznego oraz sztuki ludowej, będące przedmiotem prawa autorskiego. Z kolei za artystę uważa się osobę wykonującą zarobkowo działalność artystyczną w dziedzinie: sztuki aktorskiej i estradowej, reżyserii teatralnej i estradowej, sztuki tanecznej i cyrkowej oraz w dziedzinie dyrygentury, wokalistyki, instrumentalistyki, kostiumografii, scenografii, a także w dziedzinie produkcji audiowizualnej reżyserów, scenarzystów, operatorów obrazu i dźwięku, montażystów i kaskaderów.

Uznanie działalności za twórczą lub artystyczną i ustalenie daty jej rozpoczęcia następuje w formie decyzji Komisji do Spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców, działającej przy ministrze właściwym do spraw kultury (art. 8 ust. 9 u.s.u.s.). Zadania, a także skład i tryb działania, wspomnianej Komisji określono w rozporządzeniu Ministra Kultury i Sztuki z 9.03.1999 r. w sprawie powołania Komisji do Spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców oraz szczegółowego określenia jej zadań, składu i trybu działania (Dz.U. Nr 27, poz. 250). Tym samym osoba, która spełnia warunki określone w powyższej definicji twórcy lub artysty, ale nie posiada decyzji Komisji do Spraw Zaopatrzenia Emerytalnego Twórców uznającej wykonywaną przez nią działalność za twórczą lub artystyczną, nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Nie jest to bowiem twórca lub artysta objęty obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym (emerytalnym i rentowym), a tylko tacy w myśl ustawy podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Osoba ta może natomiast zgłosić się do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego poprzez zawarcie umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z NFZ.

XXVIII. Osoba represjonowana

1. Kolejną szczególną grupą świadczeniobiorców są osoby represjonowane, które zostały zdefiniowane w art. 12 ust. 2 pkt 1 u.k.o.r. Zgodnie z powyższym przepisem za osoby represjonowane uznaje się osoby, które zostały uznane za niezdolne do pracy wskutek niezdolności do pracy pozostającej w związku z pobytem:
 - 1) w niewoli lub obozach internowanych oraz w obozach podległych Głównemu Zarządowi do Spraw Jeńców Wojennych i Internowanych (GUPWI) NKWD, a od marca 1946 r. MWD ZSRR, i obozach podległych Wydziałowi Obozów Kontrolno-Filtracyjnych NKWD, a od marca 1946 r. MWD ZSRR;

⁴⁶ Wyrok SN z 28.01.2021 r., I USKP 1/21, LEX nr 3113269.

- 2) w hitlerowskich więzieniach, obozach koncentracyjnych i ośrodkach zagłady oraz w innych miejscach odosobnienia, w których warunki pobytu nie różniły się od warunków w obozach koncentracyjnych, a osoby tam osadzone pozostawały w dyspozycji hitlerowskich władz bezpieczeństwa, a także w więzieniach i poprawczych obozach pracy oraz poprawczych koloniach pracy podległych Głównemu Zarządowi Obozów i Kolonii Poprawczych (GUŁag) NKWD, a od marca 1946 r. MWD ZSRR, a także w więzieniach lub innych miejscach odosobnienia na terytorium Polski.
2. Ponadto ustawodawca uznał, że osobą represjonowaną jest też osoba, która z przyczyn politycznych, narodowościowych, religijnych i rasowych przebywała w:
- a) hitlerowskich więzieniach, obozach koncentracyjnych i ośrodkach zagłady;
 - b) innych miejscach odosobnienia, w których warunki pobytu nie różniły się od warunków w obozach koncentracyjnych, a osoby tam osadzone pozostawały w dyspozycji hitlerowskich władz bezpieczeństwa;
 - c) innych miejscach odosobnienia, w których pobyt dzieci do lat 14 miał charakter eksterminacyjny, a osoby tam osadzone pozostawały w dyspozycji hitlerowskich władz bezpieczeństwa.
3. Powyższej grupie świadczeniobiorców ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej przyznaje szczególne uprawnienia w zakresie:
- bezpłatnego dostępu do leków o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych decyzją o refundacji, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 46 ust. 1 u.s.o.z.);
 - bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 u.r.l., do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych (art. 47 ust. 1 u.s.o.z.);
 - uzyskiwania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (art. 57 ust. 2 pkt 10 u.s.o.z.).

Dodać należy, że osoby represjonowane niepodlegające ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierające emerytury lub renty podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego (art. 66 ust. 1 pkt 31 u.s.o.z.).

4. Na tle przytoczonych wyżej szczególnych uprawnień w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych warto zacytować wyrok z 17.10.2008 r., II UK 65/08, OSNP 2010/7–8, poz. 101, w którym Sąd Najwyższy stwierdził, że art. 12 ust. 2 pkt 1 u.k.o.r. w zakresie, w jakim różnicuje uprawnienie z zakresu zabezpieczenia społeczno-osób wymienionych w art. 4 ust. 1 i 2 u.k.o.r. nie uwłącza art. 32 Konstytucji RP, zgodnie z którym: „Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne”. W uzasadnieniu SN przywołał orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego, który uznaje, że wyrażona w art. 32 ust. 1 Konstytucji RP zasada nakazuje „równo

traktować równych, podobnych – podobnie, a nierównych – nierówno⁴⁷. Stąd wynika konieczność jednakowego traktowania podmiotów prawa w obrębie określonej klasy (kategorii), zatem wszystkie podmioty prawa charakteryzujące się w równym stopniu daną cechą istotną winny być traktowane równo – według jednakowej miary, bez zróżnicowań dyskryminujących ani faworyzujących. W dalszej części uzasadnienia SN wskazał, że ocena każdej regulacji prawnej badanej pod kątem zasady równości winna być poprzedzona dokładnym zbadaniem sytuacji prawnej podmiotów i przeprowadzeniem analizy dotyczącej zarówno cech wspólnych, jak i cech różniących⁴⁸.

XXIX. Osoba represjonowana z powodów politycznych

Osoba represjonowana z powodów politycznych posiada szczególny zakres uprawnień w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tożsamy z uprawnieniami działacza opozycji antykomunistycznej, o którym mowa w art. 5 pkt 3a u.ś.o.z. Warunki, które ma spełniać osoba, by mogła nabyć ten status, zostały zdefiniowane w art. 3 u.d.o.a. Mowa o potwierdzonym statusie osoby represjonowanej z powodów politycznych. Zgodnie z powyższym przepisem osobą represjonowaną z powodów politycznych jest osoba, która w okresie od 1.01.1956 r. do 31.07.1990 r.:

1) przebywała w:

a) więzieniu lub innym miejscu odosobnienia na terytorium Polski na mocy wyroku wydanego w latach 1956–1989 albo bez wyroku jednorazowo przez okres dłuższy niż 48 godzin lub wielokrotnie przez łączny okres dłuższy niż 30 dni, za działalność na rzecz odzyskania przez Polskę niepodległości i suwerenności lub respektowania politycznych praw człowieka w Polsce,

b) ośrodka odosobnienia na podstawie art. 42 dekretu z 12.12.1981 r. o stanie wojennym (Dz.U. Nr 29, poz. 154 ze zm.) za działalność na rzecz odzyskania przez Polskę niepodległości i suwerenności lub respektowania politycznych praw człowieka w Polsce;

2) przez okres powyżej 30 dni pełniła zasadniczą służbę wojskową lub czynną służbę wojskową w ramach ćwiczeń wojskowych, do której odbycia została powołana z przyczyn politycznych za działalność na rzecz odzyskania przez Polskę niepodległości i suwerenności lub respektowania politycznych praw człowieka w Polsce;

3) brała udział w wystąpieniu wolnościowym na rzecz odzyskania przez Polskę niepodległości i suwerenności lub respektowania politycznych praw człowieka w Polsce i w związku z tym:

a) na skutek działania, w tym niejawnego, wojska, milicji lub organów bezpieczeństwa państwa, o których mowa w art. 5 ustawy z 18.12.1998 r. o Instytucie Pamięci Narodowej – Komisji Ścigania Zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu (Dz.U. z 2023 r.

⁴⁷ Wyrok TK z 24.10.2006 r., SK 41/05, OTK-A 2006/9, poz. 126.

⁴⁸ Zob. wyroki TK: z 7.02.2006 r., SK 45/04, OTK-A 2006/2, poz. 15; z 18.09.2006 r., K 27/05, OTK-A 2006/8, poz. 105; z 16.10.2006 r., K 25/05, OTK-A 2006/9, poz. 122.

- poz. 102), poniosła śmierć, doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na okres dłuższy niż 7 dni,
- b) była inwigilowana przez organy bezpieczeństwa państwa i podjęto wobec niej bezprawne działanie polegające na popełnieniu na jej szkodę przestępstwa lub wykroczenia,
 - c) była pozbawiona możliwości wykonywania swojego zawodu,
 - d) została z nią rozwiązana umowa o pracę,
 - e) została relegowana z uczelni wyższej lub innej szkoły,
 - f) była objęta zakazem publikacji przez Główny Urząd Kontroli Prasy, Publikacji i Widowisk, wojewódzki lub miejski urząd kontroli prasy, publikacji i widowisk albo Główny Urząd Kontroli Publikacji i Widowisk lub okręgowy urząd kontroli publikacji i widowisk przez okres dłuższy niż jeden rok;
- 4) była poszukiwana listem gończym, oskarżona lub skazana za popełnienie przestępstwa lub wielokrotnie skazywana za popełnienie wykroczenia, za działalność na rzecz odzyskania przez Polskę niepodległości i suwerenności lub respektowania politycznych praw człowieka w Polsce.

XXX. Osoba współpracująca

Osobą współpracującą w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest osoba, o której mowa w art. 8 ust. 11 u.s.u.s. Zgodnie z tym przepisem za osobę współpracującą z osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą, zleceniobiorcami oraz z osobami fizycznymi wskazanymi w art. 18 ust. 1 pr. przeds. uważa się małżonka, dzieci własne, dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców, macochę i ojczyma oraz osoby przysposabiające, jeżeli pozostają z nimi we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracują przy prowadzeniu tej działalności lub wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia (na temat osób prowadzących działalność pozarolniczą zob. komentarz do art. 5 w zakresie definicji osoby prowadzącej działalność pozarolniczą).

Wspomniane osoby są jedną z grup osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Dla stwierdzenia, czy dana osoba posiada status osoby współpracującej z osobą prowadzącą działalność pozarolniczą, zleceniobiorcą lub osobą fizyczną wskazaną w art. 18 ust. 1 pr. przeds., muszą tym samym zaistnieć łącznie następujące okoliczności:

- osoba ta współpracuje z osobą prowadzącą działalność pozarolniczą (z przedsiębiorcą wskazanym w art. 18 ust. 1 pr. przeds. lub ze zleceniobiorcą) przy prowadzeniu tej działalności (przy wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia);
- należy do kręgu osób najbliższych dla osoby prowadzącej działalność pozarolniczą (dla zleceniobiorcy lub osoby fizycznej wskazanej w art. 18 ust. 1 pr. przeds.), tzn. jest jej małżonkiem, dzieckiem własnym, dzieckiem drugiego małżonka, dzieckiem przysposobionym, rodzicem, macochą, ojczymem lub osobą ją przysposabiającą;

- pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą prowadzącą działalność pozarolniczą, z osobą fizyczną wskazaną w art. 18 ust. 1 pr. przeds. lub ze zleceniobiorcą (na temat pozostawania we wspólnym gospodarstwie domowym zob. komentarz do art. 5 w zakresie definicji członka rodziny).

Należy w tym miejscu podnieść, że w przypadku zawarcia przez osobę prowadzącą działalność pozarolniczą (zleceniobiorcę lub osobę fizyczną wskazaną w art. 18 ust. 1 pr. przeds.) umowy o pracę z osobą spełniającą warunki do traktowania jej jako osoby współpracującej dla celów ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego ta ostatnia nie byłaby traktowana jako pracownik, lecz jako osoba współpracująca. Wyjątkowo status pracownika, a nie status osoby współpracującej, ma jednak osoba bliska, z którą osoba prowadząca pozarolniczą działalność (zleceniobiorca, osoba fizyczna wskazana w art. 18 ust. 1 pr. przeds.) zawarła umowę o pracę w celu przygotowania zawodowego (art. 8 ust. 11 u.s.u.s.). Brak oczywiście przeszkód do zawarcia umowy o pracę i w konsekwencji traktowania (dla celów ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego) takiej osoby bliskiej jako pracownika, jeżeli nie zostały przez nią spełnione wszystkie przesłanki pozwalające uznać ją za osobę współpracującą (np. status pracownika może mieć rodzic czy teść osoby prowadzącej działalność pozarolniczą lub zleceniobiorcy i niepozostający we wspólnym gospodarstwie domowym z tą osobą, z którym została zawarta umowa o pracę obejmująca pomoc przy prowadzeniu działalności pozarolniczej lub przy wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia). Ponadto gdy stronami stosunku pracy są z jednej strony członek rodziny jednego ze współników (jako pracownik), a z drugiej strony (jako pracodawca) spółka osobowa (jawna, partnerska, komandytowa), to dla celów ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego taką osobę traktuje się jako pracownika, a nie jako osobę współpracującą.

Współpraca z osobą prowadzącą działalność pozarolniczą powinna wiązać się ze współpracą przy prowadzeniu konkretnej działalności pozarolniczej lub przy wykonywaniu konkretnej umowy agencyjnej lub umowy zlecenia (ma to być współpraca z precyzyjnie wskazanym, czyli ze skonkretyzowanym, przedsiębiorcą lub zleceniobiorcą). Ustawodawca nie zdefiniował kryteriów, jakim powinna odpowiadać współpraca przy prowadzeniu działalności pozarolniczej bądź przy wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia. Wydaje się jednak zasadne przyjęcie, że wspomniana współpraca powinna charakteryzować się ciągłością i zorganizowaniem. Zaangażowanie we współpracę przy prowadzeniu działalności pozarolniczej lub przy wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia winno być tym samym trwałe (systematyczne) i powinno mieć znaczący wpływ na tę działalność (umowę agencyjną lub zlecenia). Jeżeli zatem pomoc przy prowadzeniu działalności pozarolniczej (wykonywaniu umowy agencyjnej lub umowy zlecenia) nie jest stała oraz nie wiąże się z dużym nakładem pracy, lecz jest okazjonalna i wykonywana w ramach pomocy rodzinnej, to nie ma podstaw do uznania, że spełniony został wymóg współpracy.

Stosownie do art. 23, 27 i 36 § 1 ustawy z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1359 ze zm.) „okazjonalna pomoc, jaką świadczy osobie prowadzącej

działalność gospodarczą w tej działalności jej małżonek, prowadzący z nim wspólne gospodarstwo domowe, stanowi konsekwencję obowiązku małżonków do wzajemnej pomocy oraz współdziałania dla dobra rodziny, którą przez swój związek założyli. W sytuacjach, w których z określonych powodów prowadzący działalność gospodarczą małżonek nie może wykonać czy wykonywać określonej czynności, brak jest przeszkód do udzielenia pomocy niezdolnemu do pracy współmałżonkowi”. Trzeba jednak rozgraniczyć różne sytuacje, z tego chociażby powodu, że w ramach ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych tworzy się podstawy do objęcia ubezpieczeniem społecznym małżonka (także dzieci), który stale współpracuje z osobą prowadzącą działalność (zob. art. 6 ust. 1 pkt 5 u.s.u.s.). Zatem mogą istnieć wypadki, kiedy świadczona pomoc przerodzi się we własny tytuł do ubezpieczenia społecznego, bo współdziałanie osoby bliskiej przedsiębiorcy generuje stałe, dodatkowe dochody z tej działalności, niezależnie od tego, czy świadczy ją odpłatnie, czy też nieodpłatnie. Z tego względu w ramach powołanych przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego może chodzić o pomoc w przypadku, gdy „określona działalność nie wymaga wsparcia w ramach istotnych zawodowo czynności, a sprowadza się do zadań ubocznych, technicznych (podpisanie dokumentu, dostarczenie rachunków do biura podatkowego, etc.). W każdym razie taka pomoc może mieć charakter awaryjny, incydentalny, kiedy wyręczając małżonka (przedsiębiorcę) działa niejako «w jego zastępstwie»”⁴⁹.

„Ustalenie, czy pomoc świadczona przez małżonka przy prowadzeniu działalności gospodarczej przez współmałżonka stanowi tytuł do objęcia osoby współpracującej obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymaga uwzględnienia charakteru i rodzaju czynności podejmowanych przez małżonka, czasu potrzebnego na ich wykonywanie, ich znaczenia i wartości dla skali prowadzonej działalności gospodarczej, systematyczności, stałości, zorganizowania i powiązania z działalnością gospodarczą”⁵⁰.

Cechami konstytutywnymi pojęcia współpracy przy prowadzeniu działalności gospodarczej w rozumieniu art. 8 ust. 11 u.s.u.s. są „występujące łącznie: a) istotny dla działalności gospodarczej ciężar gatunkowy działań osoby współpracującej, które nie mogą mieć charakteru wtórnego; b) bezpośredni związek tych działań z przedmiotem działalności gospodarczej; c) systematyczność, stabilność i zorganizowanie oraz d) znaczący czas (długotrwałość) i częstotliwość podejmowanych prac”. Ocena, czy pomoc świadczona przez małżonka może być uznana za współpracę w rozumieniu art. 8 ust. 11 u.s.u.s., stanowiącą w myśl art. 6 ust. 1 pkt 5 u.s.u.s. „podstawę do objęcia osoby współpracującej obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymaga uprzedniego zbadania stanu faktycznego nie tylko w zakresie charakteru i rodzaju czynności podejmowanych przez członka rodziny, lecz także czasu potrzebnego na ich wykonanie (w skali dnia, tygodnia, miesiąca), ich znaczenia i wartości dla prowadzonej działalności, a także zorganizowania i powiązania z działalnością gospodarczą”⁵¹.

⁴⁹ Wyrok SN z 19.05.2022 r., I USKP 106/21, LEX nr 3439441.

⁵⁰ Wyrok SN z 19.05.2021 r., II USKP 56/21, LEX nr 3266391.

⁵¹ Postanowienie SN z 27.04.2021 r., II USK 140/21, LEX nr 3181372.

Dlatego ocena, czy w konkretnym przypadku pomoc świadczona przedsiębiorcy (zleceniobiorcy) przez osobę bliską (np. przez rodzica) ma charakter przedmiotowej współpracy, wymaga uprzednich indywidualnych ustaleń faktycznych co do charakteru i rodzaju podejmowanych przez nią czynności.

XXXI. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej i położna podstawowej opieki zdrowotnej

1. Definicje związane z podstawową opieką zdrowotną uległy istotnej zmianie w związku z wejściem w życie z dniem 1.12.2017 r. ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Ustawodawca zdecydował o wyłączeniu regulacji dotyczącej podstawowej opieki zdrowotnej z komentowanej ustawy i o wprowadzeniu zupełnie odrębnego aktu prawnego regulującego funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie w związku z wejściem w życie ustawy o POZ nastąpiły zmiany przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
2. W art. 5 wprowadzono pkt 13a, w którym umieszczono definicję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej poprzez odesłanie do ustawy o POZ. Zgodnie z tą definicją lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 u.POZ. Z kolei jak wynika z art. 6 ust. 1 i 2 u.POZ, lekarz POZ to lekarz, który:
 - 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
 - 2) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
 - 3) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo
 - 4) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej– z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto lekarzem POZ jest także lekarz:

- 1) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub
 - 2) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych
- udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed 31.12.2024 r., pod warunkiem ukończenia kursu, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 4 u.POZ, z zastrzeżeniem art. 14 nowelizacji z 24.08.2007 r.

Powyższa definicja określa lekarza podstawowej opieki zdrowotnej przede wszystkim jako specjalistę medycyny rodzinnej oraz lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej. W drugiej kolejności lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej może być również lekarz pediatra i internista, jednak pod warunkiem ukończenia kursu

w dziedzinie medycyny rodzinnej. Zgodnie z przepisem przejściowym (art. 38 pkt 4 u.POZ) wymóg ukończenia kursu wejdzie w życie z dniem 1.01.2025 r., zatem do tego czasu lekarze pediatrzy i interniści mogą funkcjonować w podstawowej opiece zdrowotnej jako pełnoprawni lekarze POZ.

3. Ustawodawca pozostawił również możliwość korzystania z tzw. praw nabytych w wyniku nowelizacji z 24.08.2007 r. W dalszym ciągu pozostaje w mocy przepis art. 14 nowelizacji z 24.08.2007 r., zgodnie z którym lekarz, który posiadał specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, udzielający nieprzerwanie przed 29.09.2007 r., świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a także inny niż wymieniony wyżej, udzielający nieprzerwanie przed dniem 29.09.2007 r., przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zachowuje po 29.09.2007 r. prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz, który nie posiada wymaganego okresu doświadczenia zawodowego, a który w dniu 29.09.2007 r. udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo będąc zatrudnionym lub wykonując zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, zachowuje prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej do 31.12.2017 r.
4. Ustawą o POZ zmodyfikowano definicje pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, podobnie jak w przypadku lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez odesłanie do ustawy o POZ. Obecnie pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej to pielęgniarka, o której mowa w art. 7 u.POZ, a położna podstawowej opieki zdrowotnej to położna, o której mowa w art. 8 u.POZ.

Zatem zgodnie z art. 7 u.POZ pielęgniarka POZ to pielęgniarka, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 5) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa

– z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto jest to także pielęgniarka, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki

- długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
- 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
 - 3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
 - 4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej
- udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed 31.12.2024 r.

Z kolei zgodnie z art. 8 u.POZ położna POZ to położna, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
 - 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
 - 5) posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa
- z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto położną POZ jest także położna, która:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo
 - 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej
- udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed 31.12.2024 r.

5. Definicje pielęgniarki i położnej zawarte w art. 5 pkt 25 i 28 dotyczą osób wykonujących te zawody w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Dotyczy to zatem tych pielęgniarek i położnych, które samodzielnie (w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych) zawrą z Funduszem umowę dotyczącą realizacji świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo będą realizować te świadczenia w ramach struktury innego świadczeniodawcy POZ. Komentowane definicje wskazują, że zarówno pielęgniarka, jak i położna POZ muszą spełniać szczególne warunki, aby mogły realizować świadczenia POZ.

XXXII. Podmiot kontrolowany

Zdefiniowanie podmiotu kontrolowanego wynika z faktu wprowadzenia z dniem 1.06.2019 r., na mocy nowelizacji z 21.02.2019 r., przepisów działu IIIa, normującego etapy procedury kontrolnej Narodowego Funduszu Zdrowia. Przepisy powyższego działu IIIa wielokrotnie odwołują się do pojęcia podmiotu kontrolowanego, przyporządkowując określone uprawnienia i obowiązki, konieczne zatem stało się zdefiniowanie, kto może być adresatem kontroli.

Do podmiotów kontrolowanych ustawa zaliczyła trzy kategorie uczestników systemu ochrony zdrowia. Pierwszą są świadczeniodawcy. Zwraca tutaj uwagę istotna okoliczność, że definicja świadczeniodawcy w kontekście kontroli nie będzie ograniczona wyłącznie do podmiotów, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, do których odnosi się zakres kontroli wyrażony w art. 61a ust. 1 u.s.o.z., ale obejmuje również podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Te ostatnie świadczenia finansowane są ze środków publicznych, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 8, a zatem nie na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Kolejnym podmiotem kontrolowanym zdefiniowanym w tym przepisie jest osoba uprawniona w rozumieniu ustawy o refundacji leków. Warto podkreślić, że pod tym pojęciem należy rozumieć osoby wykonujące zawód medyczny poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego, a zatem w sektorze komercyjnym (lub wypisujące recepty dla siebie i dla rodziny: *pro auctore i pro familiae*), które posiadają prawo wykonywania zawodu medycznego i które na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego są uprawnione do wystawiania recept zgodnie z ustawą oraz Prawem farmaceutycznym oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, o których mowa w art. 38 u.r.l. Do zawodów takich należy zaliczyć: lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów, starszych felczerów, pielęgniarki, położne oraz farmaceutów. Przedstawicielom powyższych zawodów medycznych ustawodawca przyznał uprawnienie do przepisywania recept na produkty refundowane.

Ostatnim podmiotem mieszczącym się w definicji podmiotu kontrolowanego jest apteka, co jest konsekwencją zawierania przez Fundusz umów na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, o których mowa w art. 41 ust. 1 u.r.l. Zwraca tutaj uwagę, że podmiotem kontrolowanym jest tutaj apteka, a nie będący stroną umowy na realizację recept podmiot będący beneficjentem zezwolenia na prowadzenie apteki (szerzej zob. komentarz do art. 61s).

XXXIII. Podstawowa opieka zdrowotna

1. Definicja legalna podstawowej opieki zdrowotnej określa zakres udzielania świadczeń w sposób ambulatoryjny, w odróżnieniu od ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, o której mowa w art. 5 pkt 1. Z zaliczeniem określonej grupy świadczeń do grupy świadczeń

wykonywanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej wiąże się kwestia sposobu finansowania tych świadczeń oraz trybu zawierania umowy. Definicja została zmieniona w wyniku nowelizacji z 21.03.2014 r. w związku z możliwością realizacji świadczeń przez lekarza pediatrę i internistę. W wyniku nowelizacji do świadczeń zdrowotnych profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz pielęgnacyjnych z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, dodano: „chorób wewnętrznych”.

Następnie, w związku z wejściem w życie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, definicja podstawowej opieki zdrowotnej została przeniesiona do ustawy o POZ, a w art. 5 pkt 27 zmodyfikowano ją w ten sposób, że zawiera ona odesłanie do art. 2 u.POZ. Zgodnie z definicją z ustawy o POZ podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 3 pkt 8 u.PRM, lub udzielane są mu świadczenia, o których mowa w art. 57 ust. 2 u.ś.o.z., w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obecnie definicja wskazuje, że jest to miejsce pierwszego kontaktu z systemem ochrony zdrowia, w którym zapewniane są określone świadczenia.

2. Podstawowa opieka zdrowotna jest specyficznym rodzajem świadczeń, wyróżniającym się na gruncie systemu opieki zdrowotnej cechami, które określają tę specyfikę. Podstawową opiekę zdrowotną odróżniają od innych rodzajów świadczeń następujące cechy:
 - 1) tryb i zasady zawierania umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (art. 159);
 - 2) przedmiot umowy;
 - 3) sposób finansowania i rozliczania świadczeń;
 - 4) sposób zabezpieczenia świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.
3. Metodą finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej jest co do zasady metoda kapitacyjna, polegająca na określeniu jednostkowej rocznej stawki tzw. kapitacyjnej, przeznaczonej na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w ciągu jednego roku. Metoda ta jest obecnie wskazana jako jeden ze sposobów finansowania świadczeń w ogóle (§ 16 o.w.u.) oraz jako metoda finansowania świadczeń w POZ, co wynika z zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna⁵². Polega ona na tym, że wynagrodzenie nie jest zależne od liczby zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, lecz od liczby osób (podopiecznych) zadeklarowanych do danego lekarza,

⁵² Aktualne zarządzenie Prezesa Funduszu wskazano w wykazie zarządzeń.

pielęgniarki lub położnej. Lista tych osób, sporządzona na podstawie deklaracji wyboru, stanowi podstawę rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa w zarządzeniu wysokość jednostkowej stawki rocznej, która będzie stanowiła wynagrodzenie za objęcie opieką jednego ubezpieczonego w ciągu całego roku. Stawkę tę nazywa się stawką kapitatacyjną, od sformułowania *per capita*, czyli „na głowę”. Zgodnie z § 17 o.w.u. w przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie kapitatacyjnej stawki rocznej należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach świadczeniobiorców i kapitatacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

Liczba świadczeniobiorców ustalana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru. Należy wskazać, że stawka kapitatacyjna jest zróżnicowana w zależności od kryteriów. Zróżnicowanie to wyraża się określeniem wskaźników korygujących stawkę podstawową, które w zależności od struktury pacjentów danego świadczeniodawcy determinują wartość otrzymywanego wynagrodzenia. Obecnie obowiązujące stawki określa załącznik do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie POZ, z kolei wskaźniki korygujące wynikają z poszczególnych paragrafów zarządzenia, zależnie od zakresu świadczeń. W przypadku lekarza POZ w stosunku do konkretnego świadczeniobiorcy roczna stawka kapitatacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej lub charakterem miejsca pobytu zadeklarowanego przez świadczeniobiorcę. Należy wskazać, że sposób finansowania według stawki kapitatacyjnej powoduje, iż w rozliczeniu umowy podstawowej opieki zdrowotnej bardzo duży nacisk kładzie się nie na rzeczywistą liczbę wykonanych świadczeń ani nie na kontrolę tego wykonania, ale na prawidłowość złożonych przez pacjentów deklaracji wyboru lekarza (pielęgniarki, położnej) oraz weryfikację list stworzonych na podstawie tych deklaracji. W umowie zawarte jest kategoryczne stwierdzenie, że podstawą do tworzenia listy osób objętych opieką są złożone deklaracje. Listy przekazane przez świadczeniodawców do Narodowego Funduszu Zdrowia są weryfikowane zgodnie z postanowieniami § 17 ust. 2 o.w.u. Comiesięcznie weryfikowana lista świadczeniobiorców, według stanu na pierwszy dzień miesiąca, stanowi dla każdego świadczeniodawcy podstawę do wystawienia rachunku za realizację umowy. Z kolei należność z tytułu realizacji świadczeń za okres sprawozdawczy (miesięczny), określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych i kapitatacyjnych stawek rocznych, z uwzględnieniem współczynników korygujących (§ 17 ust. 1 o.w.u.).

Sposób finansowania determinuje również sposób zabezpieczenia świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej. W ramach przekazywanych na powyższych zasadach określonych kwot na realizację świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniodawca realizujący świadczenia POZ zobowiązany jest zapewnić nie tylko porady ambulatoryjne, lecz także

badania diagnostyczne oraz wizyty domowe. Odmienne niż w przypadku innych rodzajów świadczeń, świadczeniodawca POZ w przypadku realizacji transportu sanitarnego zawiera odrębną umowę na transport POZ i transport POZ „daleki” (na temat transportu sanitarnego zob. również komentarze do art. 41 i 161ba).

W wyjątkowych sytuacjach świadczenia są finansowane według zasady *fee for service*, czyli za poradę (wizytę)⁵³.

4. Od 1.10.2022 r., wobec wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15.09.2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1965), świadczeniodawcy POZ, którzy złożą do Funduszu stosowny wniosek, mogą realizować świadczenia tzw. opieki koordynowanej w POZ. Szczegółowe zasady realizacji tej formy opieki określa aktualne zarządzenie w sprawie POZ, przy tym wprowadzenie tej formy realizacji i finansowania świadczeń nastąpiło zarządzeniem nr 124/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29.09.2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Świadczenia opieki koordynowanej są realizowane w co najmniej jednym z następujących zakresów:

- 1) diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków lub
- 2) diagnostyka i leczenie cukrzycy, lub
- 3) diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, lub
- 4) diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy.

Dla finansowania powyższych świadczeń ustala się budżet powierzony opieki koordynowanej, którego nie należy mylić z budżetem powierzonym diagnostycznym, który jest przeznaczony na finansowanie określonych badań diagnostycznych. Co do zasady finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach budżetu powierzonego polega na przeznaczaniu określonej kwoty na finansowanie badań diagnostycznych i porad ambulatoryjnych, aż do wyczerpania kwoty budżetu. Opieka koordynowana w POZ jest swego rodzaju *novum* w finansowaniu świadczeń POZ i ma na celu zwiększenie odpowiedzialności lekarza POZ w zakresie opieki nad zadeklarowaną populacją. Należy pamiętać, że świadczeniodawca POZ podejmuje decyzję co do zawarcia umowy z NFZ w tym dodatkowym zakresie świadczeń, w zakresie kwalifikacji określonych pacjentów do objęcia opieką koordynowaną i przeznaczenia budżetu powierzonego opieki koordynowanej na finansowanie określonych świadczeń (badań diagnostycznych i porad specjalistycznych), w ramach zasad wskazanych

⁵³ Obecnie finansowanie „za poradę” odbywa się w przypadku świadczeń realizowanych w sytuacjach nagłego zachorowania dla pacjentów spoza listy. Ponadto również w ramach kwalifikacji do transportu „dalekiego” POZ oraz w związku z wydaniem karty DiLO. Wysokość stawek kapitałowych oraz porad określa załącznik nr 1 do zarządzenia w sprawie POZ.