

# 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

Zamów książkę w księgarni internetowej

**proinfo.pl**  
księgarnia internetowa

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](http://www.profinfo.pl)

## 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 mieszanym<sup>1</sup>. W ten sposób komentowana ustawa zmieniła charakter systemu. „Ubezpieczeniowość” zesłała 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 ubezpieczoną<sup>2</sup>. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego zdeterminował

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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. Wywodził 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 wprawdzie nie zrewolucjonizowały 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 opieki<sup>1</sup>.

## 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-prywatny<sup>2</sup>. Ubezpieczenia zdrowotne obejmują trzy typy stosunków prawnych, które są współzależne i niezbędne do realizacji prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego<sup>3</sup>.
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 ustawie<sup>4</sup>. 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 administracyjnoprawnym<sup>5</sup>. 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”<sup>6</sup>. Stosunek ubezpieczeniowy zostaje nawiązany z chwilą zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, w której osoba zgłoszona uzyskuje prawo do świadczeń (art. 67 ust. 2 u.s.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 cywilnego<sup>7</sup>.

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

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> 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 Fundusz<sup>8</sup>. 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 świadczeniodawcy<sup>9</sup>.

**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

<sup>8</sup> T. Zimna, *Zawieranie...*, s. 26.

<sup>9</sup> 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.ś.o.z.)<sup>10</sup>. 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 współpracy<sup>11</sup>.
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)<sup>12</sup>. Co do zasady usługi zdrowotne

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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 zainteresowany<sup>13</sup>.

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.ś.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”.

<sup>13</sup> Tak D. Dzienisiuk, *Świadczenia...*

Publikacja w sposób przystępny omawia najważniejszą ustawę określającą zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Książkę opracowali prawnicy praktycy, w tym również pracujący od wielu lat w Narodowym Funduszu Zdrowia, na co dzień zajmujący się problemami finansowania świadczeń ze środków publicznych.

W czwartym wydaniu przedstawiono m.in.:

- nowe zasady dotyczące centralizacji procesu kontroli w zarządzaniu Narodowym Funduszem Zdrowia;
- utworzenie Funduszu Medycznego w celu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;
- modyfikację systemu opracowania i wdrażania map potrzeb zdrowotnych oraz systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Zaprezentowano praktyczne rozwiązania dotyczące zastosowania przepisów komentowanej ustawy, jak również bogaty wybór literatury i orzecznictwa sądów powszechnych i administracyjnych.

Książka jest przeznaczona dla pracowników oraz właścicieli podmiotów leczniczych publicznych i niepublicznych. Ponadto może stanowić cenną lekturę dla pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia. Zainteresuje również sędziów, radców prawnych i adwokatów.

**Agnieszka Pietraszewska-Macheta** – radczynie prawna z doświadczeniem w zakresie spraw związanych z prawem medycznym oraz prawem ubezpieczeń zdrowotnych. Od 1998 r. uczestniczy w organizowaniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych jako pracownik Małopolskiej Kasy Chorych, Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych i Narodowego Funduszu Zdrowia. W latach 2020–2021 pełniła obowiązki dyrektora Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Od 2016 r. zastępca dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, a od 2023 r. Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Autorka i współautorka wielu publikacji.



**ZAMÓWIENIA:**

INFOLINIA: 801 04 45 45  
ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL  
WWW.PROFINFO.PL

Kup e-book i czytaj  
w aplikacji Smarteca

