

Pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej

Extra-contractual health care services

Zdzisław Kubot

Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii, Uniwersytet Wrocławski

Kardiologia i Torakochirurgia Polska 2010; 7 (2): 127–133

Abstract

Professor Zdzisław Kubot is a distinguished Wrocław lawyer and a co-initiator of innovatory legal solutions for the 1989 health service reform in Poland. In his article, he indicates various legal, and indirectly also medical and economic, aspects of extra-contractual services provided by health care centres in Poland in 2010. The views expressed in the article “Extra-contractual health care services in Poland” (“Pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce”), published with the consent of the Author and the Editors of “Law and Medicine” (“Prawo i Medycyna”), can be summarised as follows:

1. Extra-contractual health care services do not constitute a homogeneous category but encompass over-limit services (provided to the insured as part of general health insurance) and commercial services.
2. Within the over-limit category, there are services provided as a statutory duty, i.e. based on Article 7 of the Health Care Centres Act, Article 30 of the Act on Medical and Dental Professions, Article 19 of the Act on Health Care Services Financed from Public Funds, and services provided outside the statutory duty.
3. Health care services provided as part of the statutory duty are divided into services financed by the National Health Fund (NHF) and services not covered by this payer.
4. Extra-contractual health care services not paid by the NHF or from the state budget are services whose costs are covered from the health care provider's own budget. The services are not homogeneous in their legal character. There are services for which the service provider makes a claim to recover funds from the NHF and services for which no such claim against the NHF is made.
5. Extra-contractual health care services provided to the insured and financed from the health care provider's own funds are a very specific type of services. Such services are not stipulated in the system of general health care insurance. They are of an insurance character because of the individuals to whom such services are provided; however, they are not financed from the systemic payer's funds.
6. The interpretation that a public hospital, an NHF contracting party, cannot gain an income – on the basis of civil-law agreements – from the sale of health care services to insured individuals, should be rejected. Public hospitals cannot be denied the possibility to develop commercial services.
7. The provision of commercial medical services by public hospitals is subject to various limitations but is generally not precluded [27].
8. Commercial medical services may be provided to insured individuals outside medical health care services financed from public means. The contract ability of an independent public health care centre with regard to hospital treatment is not of a sectional character, limited to contracts stipulated in the Act on Provision of Health Care Services Financed from Public Funds.
9. A public hospital cannot enter into civil-law agreements for hospital treatment which is covered by an NHF contract or for the treatment of patients executed as a statutory duty. Generally, a public health care centre cannot enter into civil-law agreements for hospital treatment if such treatment is covered by public finances.
10. Commercial services provided by public hospitals outside health care services financed from public funds do not change the status of the public health care centre as a non-profit entity with regard to health care services.
11. Allowing public hospitals to provide commercial medical services has an impact on the categorisation of extra-contractual health services provided by such hospitals. Extra-contractual services can no longer be qualified exclusively as services provided to insured individuals and which should be financed from public funds.
12. Allowing public hospitals to provide commercial medical services outside the services financed from public funds will limit the scale of disagreements between hospitals and the NHF with regard to over-limit health services.
13. Allowing public hospitals to provide commercial medical services eliminates the unfavourable (to such hospitals) state of loss of benefits ensuing from such services.
14. Extra-contractual health care services require investigations with regard to private law, tax law and accountancy regulations. The legal basis and the group of over-limit services should be investigated according to civil law and

Adres do korespondencji: prof. dr hab. Zdzisław Kubot, Instytut Prawa Cywilnego, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii, Uniwersytet Wrocławski, al. Uniwersytecka 22/26, 50-145 Wrocław, tel. +48 71 343 71 64, faks +48 71 375 27 84

general health insurance law, which constitutes a part of social insurance law. Separate investigations should be carried out with regard to commercial services financed by patients, and services launched by insurance companies.

15. Health services financed by service providers themselves should be the subject of private-law and tax analysis. It is a particular category of health services whose provision does not result in a payment claim against the patients or against the NHF.
16. With regard to commercial medical services provided by private hospitals, it is essential to determine the relation between such services and health care services covered by a contract between the service provider and the NHF; it is

also necessary to establish the prices of commercial and non-commercial services.

17. The variety of extra-contractual health care services implies the creation of a multi-segment health care system in Poland [28]. The introduction of further segments into the health care system is justified. The changes should evolve towards a closer relationship between the method of financing and the type of "non-health" risk. Funds should be identified appropriately to the character and the multi-section organisation of health care [29].

Key words: legal aspects of health care services in Poland in 2010, extra-contractual, over-limit, commercial, optional, emergency, planned services.

Uwagi wstępne

Pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej stały się powszechnym zjawiskiem w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Zjawisko to, doniosłe tak pod względem poznawczym, jak i praktycznym, nie ma dostatecznie pogłębionych analiz. Brak szerszych rozważań o rodzajach oraz charakterze prawnym świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza umową świadczeniodawcy z NFZ, podstawach prawnych takich świadczeń, ich aspektach podatkowych oraz rachunkowych.

Na tle kwalifikacji świadczeń pozakontraktowych pojawiają się różnego rodzaju spory. Liczne spory dotyczą opłacania świadczeń pozakontraktowych przez NFZ. Są to spory o należności za świadczenia ponadlimitowe. W sporach takich świadczeniodawca kwalifikuje udzielane świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia wykonane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Inny rodzaj sporów w zakresie pozakontraktowych świadczeń opieki zdrowotnej to spory o komercyjne usługi medyczne świadczone przez kontrahentów NFZ poza świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych. W niepublicznych szpitalach w grę wchodzi zakres dopuszczalności świadczenia usług komercyjnych. W publicznych szpitalach przedmiotem sporów jest dopuszczalność świadczenia usług komercyjnych. Powszechnie przyjmowane jest stanowisko, że publiczny zakład opieki zdrowotnej, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie ma prawa pobierania od osób ubezpieczonych opłat za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej [1].

Pojęcie pozakontraktowych świadczeń opieki zdrowotnej

Pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej, jak sama nazwa wskazuje, to świadczenia udzielane poza kontraktem (umową) zawartą przez świadczeniodawcę z NFZ.

Nazwa „pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej” nie jest nazwą używaną w przepisach prawa. Pojęcie „pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej” to pojęcie przeciwstawne pod względem zakresu wobec pojęcia „kontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej”. Te ostatnie to świadczenia objęte umową zawartą przez świadczeniodawcę z NFZ.

Kontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej określone są w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ (§ 9 załącznika rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych) [2].

Czy świadczenia pozakontraktowe to świadczenia jednorodne pod względem podstaw prawnych ich udzielania i odpłatności? Czy są to wyłącznie świadczenia udzielone osobom uprawnionym w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego?

Nazwa „świadczenia pozakontraktowe” nie przesądza kwestii jednorodności lub zróżnicowania tych świadczeń pod względem podstaw prawnych ich udzielania ani też zasad odpłatności. Niezbędna jest analiza obowiązującego stanu prawnego oraz praktyki udzielania świadczeń zdrowotnych poza przedmiotem umowy zawartej przez NFZ ze świadczeniodawcami.

Świadczenia pozakontraktowe a świadczenia ponadlimitowe

Prima facie wydaje się, że pojęcie „świadczenia pozakontraktowe” („świadczenia pozaumowne”) jest tożsame znaczeniowo z pojęciem „świadczenia ponadlimitowe”. Zamienne używanie tych pojęć ma miejsce w niektórych publikacjach [3].

Nazwa „ponadlimitowe świadczenia zdrowotne” pojawiła się na oznaczenie świadczeń wykonywanych ponad limit określony w umowie świadczeniodawcy z NFZ w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Kategoria „świadczenia ponadlimitowe” oznaczała więc świadczenia udzielone ubezpieczonym (świadczeniobiorcom) i z tego względu kwalifikowane przez świadczeniodawcę jako świadczenia, które powinny zostać sfinansowane ze środków publicznych. Na tle tej kwalifikacji pojawiły się spory, w których świadczeniodawcy dochodzili zapłaty za wszystkie świadczenia ponadlimitowe.

Kwalifikacja świadczeń ponadlimitowych jako świadczeń mających w całości charakter świadczeń udzielonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest

typowa w odniesieniu do świadczeń udzielanych przez publiczne szpitale. Wyrazem takiego podejścia jest oczekiwanie na opłacenie przez NFZ wszystkich świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie [4].

Wątpliwości co do utożsamienia znaczenia wyrażenia „pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej” i „ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej” udzielane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pojawiają się w sytuacji odmowy NFZ (Kasy Chorych) zapłaty za świadczenia ponadlimitowe ze względu na brak podstaw prawnych zapłaty. Czy świadczenia opieki zdrowotnej, za które NFZ (Kasa Chorych) zasadnie odmówił zapłaty, są świadczeniami udzielonymi w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czy tylko świadczeniami w ramach działalności statutowej danego zakładu opieki zdrowotnej?

Pojęcie „pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej” nie może być utożsamiane z pojęciem „ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej” w sytuacji udzielania przez danego świadczeniodawcę komercyjnych usług medycznych. Dotyczy to niepublicznych szpitali, które poza świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych udzielają świadczeń komercyjnych. Pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej obejmują tu dwie różne kategorie świadczeń zdrowotnych – ponadlimitowe świadczeniach opieki zdrowotnej udzielone w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz komercyjne świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej wykonywane w warunkach obowiązku ustawowego

Ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej mogą być świadczeniami wykonywanymi w ramach obowiązku ustawowego. Ustawowe obowiązki udzielania świadczenia zdrowotnego wynikają z art. 7 o zakładach opieki zdrowotnej, art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obowiązki ustawowe mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych [5]. Przepis art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry są wprost adresowane do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy. Wynika z nich, że udzielenie świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenia życia lub zdrowia jest własnym ustawowym obowiązkiem świadczeniodawcy, będącego zakładem opieki zdrowotnej lub lekarzem [6].

Pojęcie „świadczeń ponadlimitowych” obejmuje zarówno świadczenia udzielone w warunkach przymusu ustawowego, ponad uzgodnioną w umowie kwotę maksymalną (limit kwotowy), jak i świadczenia spełnione ponad pułap przewidziany dla danego rodzaju (limit ilościowy), niezależnie od tego, czy przekroczą one tym samym limit kwotowy, czy też mieszczą się w nim w wyniku „zaoszczędzania” w innych kategoriach świadczeń [7].

Świadczenia ponadlimitowe wykonane bez obowiązku ustawowego

Ponadlimitowe świadczenia jako świadczenia udzielone ubezpieczonym poza limitem określonym w umowie z NFZ mogą być udzielone bez obowiązku (przymusu) ustawowego. Udzielanie takich świadczeń może mieć różne przyczyny. Może to być wyraz strategii rozszerzenia świadczeń zdrowotnych.

Udzielanie ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej może wiązać się z zapatrywaniem, że wszystko, co jest ponad limit określony przez NFZ, to nadwykonania „funduszone” [8]. Nie można zaprzestać przyjmowania pacjentów, bo nie są zdefiniowane do końca określenia, co to są procedury ratujące życie, co to są przypadki nagłe [9].

Udzielanie ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych bez obowiązku ustawowego może wiązać się z ujmowaniem funkcji powiatowego szpitala jako publicznego zakładu, który ma służyć realizacji prawa mieszkańców powiatu do korzystania z opieki zdrowotnej zapewnionej przez powiat. W grę mogą wchodzić oczekiwania władz powiatu starających się zagwarantować świadczenia zdrowotne wszystkim mieszkańcom jako formy realizacji zadań własnych powiatu określonych w ustawie o samorządzie powiatowym.

Nadobowiązkowe świadczenia zdrowotne

Pojęcie „świadczenia nadobowiązkowe” może być różnie rozumiane. Po pierwsze jako świadczenia nieobowiązkowe, czyli świadczenia wykonane mimo braku obowiązku wynikającego z umowy lub przepisów prawa. Takie rozumienie świadczeń nadobowiązkowych wydaje się jedynie poprawne i logiczne.

Logiczny jest podział świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej na świadczenia obowiązkowe oraz świadczenia nieobowiązkowe. Jest to podział dychotomiczny, który wydaje się wykluczać wyodrębnienie świadczeń nadobowiązkowych jako innej kategorii świadczeń niż świadczenia nieobowiązkowe [10].

Świadczenia nadobowiązkowe można wyróżnić jako świadczenia wykraczające ponad przyjęte procedury czy standardy świadczeń zdrowotnych. W kategorii świadczeń nadobowiązkowych mogą mieścić się świadczenia wykraczające ponad świadczenia wystarczające. Świadczeniami nadobowiązkowymi mogą być świadczenia wykraczające poza świadczenia niezbędne do leczenia chorego.

Zbędne świadczenia zdrowotne

Zbędne świadczenia to doniosłe zjawisko nie tylko ze względu na koszty opieki zdrowotnej, ale także sytuację poszczególnych pacjentów. Zbędne świadczenia zdrowotne to z systemowego punktu widzenia poważny problem w ochronie zdrowia w wielu krajach. Ze stanowiska systemu ochrony zdrowia podnosi się zarzut wysokiego kosztu zbędnych procedur medycznych. Akcentuje się, że problemu zbędnych świadczeń medycznych nie rozwiąże rynek i konkurencja ubezpieczycieli, bo w ich interesie leży rosnący ogólny koszt opieki zdrowotnej jako uzasadnienie odpowiedniego podniesienia składki na ubezpieczenie zdrowotne [11].

W polskich realiach zagadnieniem najistotniejszym jest kwestia rozliczania świadczeniodawców, kontroli spełnienia przez nich świadczeń pod kątem ich racjonalności, gospodarności i celowości, a także funkcjonowania mechanizmów oszczędnościowych [12].

Przeciwdziałanie udzielaniu świadczeniobiorcom zbędnych świadczeń zdrowotnych wymaga aktywności NFZ jako organizatora świadczeń opieki zdrowotnej i podmiotu kontrolującego dokumentację medyczną jakość i zasadność udzielonych świadczeń zdrowotnych. Rola NFZ nie może zostać sprowadzona do roli płatnika finansującego jedynie udzielone świadczenia, a zwłaszcza roli „ślepego płatnika” [13] regulującego jedynie wystawiane przez świadczeniodawców rachunki [14].

Znamienny przypadek przeprowadzenia zbędnych i szkodliwych operacji dotyczy kliniki Santa Rita w Mediolanie. W latach 2005–2006 lekarze przeprowadzili tu co najmniej 118 zbędnych operacji, które w 86 przypadkach zakończyły się poważną lub bardzo poważną utratą zdrowia pacjenta, a 20 razy śmiercią [15].

Komercyjne świadczenia opieki zdrowotnej

Komercyjne świadczenia opieki zdrowotnej to świadczenia odpłatne na podstawie umowy cywilnoprawnej. Świadczenia te mogą być udzielane poza systemem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, czyli poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

W kwestii dopuszczalności udzielania komercyjnych świadczeń zdrowotnych na ogół różnicuje się sytuację publicznych szpitali oraz niepublicznych szpitali. Publiczny zakład opieki zdrowotnej, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma nie mieć prawa pobierania od osób ubezpieczonych opłat za świadczenia zdrowotne. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może przyjmować pacjentów komercyjnych. W związku z tym od kilku lat w obiegu znajduje się zapatrywanie, zgodnie z którym przekształcenia publicznych szpitali w spółki prowadzące niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej umożliwią pobieranie opłat od tych, którzy chcą się leczyć prywatnie.

Ujęcie wykluczające całkowicie udzielanie komercyjnych świadczeń zdrowotnych przez publiczne szpitale nie jest zgodne z obowiązującym stanem prawnym. Publiczne szpitale nie mogą udzielać komercyjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń objętych umową z NFZ oraz świadczeń, których wykonanie wynika z obowiązku ustawowego. Ograniczenia te odnoszą się też do niepublicznych szpitali, które zawarły z NFZ umowę o leczenie szpitalne.

Powyższe ustalenia rzutują na charakter świadczeń pozakontraktowych udzielonych przez szpitale publiczne. W ramach tych świadczeń mogą być udzielane świadczenia komercyjne.

Ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej finansowane przez NFZ

Ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w wykonaniu obowiązku ustawowego powinny być fi-

ansowane przez NFZ. W razie udzielenia przez publiczny zakład opieki zdrowotnej świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej), obowiązek poniesienia kosztów świadczenia na rzecz pacjenta uprawnionego z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego obciąża NFZ (wcześniej Kasę Chorych) [16].

W żadnym razie nie można aprobeować zapatrywania, że każde świadczenie spełniane w warunkach subiektywnego odczucia zagrożenia dla życia lub zdrowia zgłaszających się do zakładu opieki zdrowotnej osób było świadczeniem przewidzianym w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Przyjęcie takiego stanowiska prowadziłoby do akceptowania udzielania świadczeń zdrowotnych bez potrzeby i nieograniczonego zwiększenia kosztów opieki zdrowotnej [17].

Finansowanie ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej może odbywać się przez NFZ według różnych koncepcji. Może to być koncepcja finansowania wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ponad limit określony w umowie. Może to być koncepcja finansowania ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych tylko w razie zagrożenia życia lub zdrowia, lub w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Wskazanych wymagań nie spełnia wykonanie zabiegów wprawdzie niezbędnych, ale podjętych w zaplanowanych wcześniej, uzgodnionych z pacjentem terminach, gdy ponadto z innych przyczyn nie zachodzi konieczność świadczeń przez konkretny zakład opieki zdrowotnej, który wyczerpał już limit świadczeń określony w umowie z NFZ [18].

Inna koncepcja finansowania ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych to koncepcja finansowania w ramach posiadanych środków finansowych. Jest to koncepcja związana z istotą funkcji NFZ. Posiadane środki finansowe większe niż zobowiązania określone w umowach zawartych ze świadczeniodawcami NFZ powinien przeznaczyć na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych ponad limity ustalone w umowach.

Finansowanie przez NFZ ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej może zostać dokonane także po upływie okresu, na który została zawarta umowa. Ilość świadczeń ponadlimitowych oraz należność za te świadczenia mogą zostać ustalone w aneksie lub w ugodzie pozasądowej. Aneks zawarty po dniu, do którego miała trwać umowa, stanowi dorozumiane przedłużenie umowy w zakresie części świadczeń (świadczenia ponadlimitowe) oraz związanej z ich udzieleniem należności świadczeniodawcy. Aneks taki określany jest mianem aneksu rozliczeniowego [19].

Aneksy oraz ugody pozasądowe stron umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiocie ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej są właściwymi formami alokacji środków finansowych NFZ. Alokacja środków finansowych NFZ za świadczenia wykonane przez świadczeniodawców powinna być alokacją umowną. Wyjątkowy charakter ma alokowanie środków finansowanych NFZ poprzez orzeczenia sądowe wydawane w sporach o należności za świadczenia ponadlimitowe.

Dochodzenie przez świadczeniodawców należności za świadczenia ponadlimitowe na drodze sądowej wiąże się ze znacznymi kosztami sądowymi. Pokrywanie tych kosz-

tów oznacza wypływ środków finansowych poza system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Finansowanie ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych poprzez dochodzenie należności na drodze sądowej wydłuża uzyskanie środków finansowych przez świadczeniodawców. Środki te powinny być przekazywane w krótkim czasie po wykonaniu świadczeń zdrowotnych.

Sądowa droga dochodzenia należności za ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej grozi nawarstwianiem sporów z różnych lat. W zakresie ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych mogłaby pojawiać się praktyczna niewydolność finansowania tych świadczeń oraz znaczne koszty sądowe, ograniczające środki finansowe, które powinny być przeznaczone na świadczenia zdrowotne.

Ponadlimitowe świadczenia opieki zdrowotnej finansowane przez samych świadczeniodawców

Praktyka finansowania ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej przez samych świadczeniodawców rejestrowana jest od wielu lat. Praktyka ta ukazywana jest przy różnych aspektach funkcjonowania publicznych szpitali. Jeden z aspektów dotyczy powstawania zadłużenia tych szpitali. Zaznaczono, że w świetle art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zmuszone są do udzielania świadczeń niezależnie od wartości kontraktów zawartych z kasami chorych czy NFZ, ponosząc koszty, które nie są refundowane ani z ubezpieczenia zdrowotnego, ani z budżetu 5.C. państwa [20].

Ponadlimitowe świadczenia zdrowotne sfinansowane przez samych świadczeniodawców mają wiele interpretacji wg przepisów prawa podatkowego oraz prawa bilansowego.

Na gruncie przepisów prawa podatkowego kontrowersje wywołuje to, w jakich sytuacjach świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie z NFZ skutkują powstaniem wierzytelności o zapłatę za ich wykonanie. Wskazać należy na stanowisko, że przychody nie są ustalane z tytułu bezpłatnego świadczenia usług medycznych. Równowartość świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów wykonywanych nieodpłatnie przez szpital ponad kwotę wynikającą z kontraktu nie stanowi przychodu podatkowego po stronie szpitala, ponieważ przepisy podatkowe nie przewidują ustalania przychodu z tytułu nieodpłatnego świadczenia usług po stronie płatnika (w tym przypadku szpitala) świadczącego te usługi [21].

Usługi ponadlimitowe, nieuznane przez NFZ, nie mogą stanowić przychodu podatkowego z tego względu, iż nie stanowią one należności w sensie podatkowo-prawnym (nie powstaje wierzytelność w sensie cywilistycznym). Tym samym usługi zdrowotne wykonane ponad limit ustalony w kontrakcie z NFZ są nieodpłatne. Skutkiem tego równowartość świadczeń zdrowotnych wykonanych nieodpłatnie przez świadczeniodawcę ponad kwotę wynikającą z kontraktu nie stanowi dla niego przychodu podatkowego, ponieważ przepisy podatkowe nie przewidują również ustalania przychodu z tytułu nieodpłatnego świadczenia usług po stronie świadczącego te usługi [22].

W praktyce zdarza się, że świadczeniodawca nie sporządza faktur za udzielone świadczenia ponadlimitowe. Oznacza to pojawianie się kategorii niefakturowanych świadczeń ponadlimitowych. Bywa też tak, że świadczeniodawca sporządza fakturę, ale nie wprowadza jej do obiegu prawnego. Nieodpłatne świadczenie usług medycznych nie rodzi obowiązku wystawiania faktury.

Zarysowując kontrowersje co do podatkowych kwalifikacji ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych, należy uwzględnić wyrok z dnia 5.01.2010 r. WSA w Bydgoszczy I SA/Bd 847/0923, w uzasadnieniu którego przyjęto, że świadczenia zdrowotne ratujące życie i zdrowie pacjentów wykonane przez szpital ponad limit określony zawartymi umowami z NFZ skutkują powstaniem wierzytelności o zapłatę za ich wykonanie. Przychód z tej działalności należało kwalifikować zgodnie z art. 12 ust. 3 ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych.

Ponadlimitowe świadczenia zdrowotne finansowane z budżetu państwa

W piśmiennictwie prawniczym wysunięto stanowisko, zgodnie z którym w sytuacji, gdy w sporze świadczeniodawcy z NFZ sąd odmawia zasądzenia za świadczenia pozaumowne (ponadlimitowe), udzielone na podstawie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, za te świadczenia powinien zapłacić Skarb Państwa, ewentualnie minister zdrowia (realizując politykę zdrowotną państwa), skoro taki obowiązek nałożyło państwo na zakłady opieki zdrowotnej [24]. Państwo (minister zdrowia) powinno ponieść koszty świadczenia spełnionego w warunkach subiektywnego odczucia zagrożenia życia lub zdrowia zgłaszających się do szpitala osób [25]. Przyjęcie powyższego zapatrywania prowadziłoby do występowania Skarbu Państwa (ministra zdrowia) w roli płatnika w zakresie części pozakontraktowych świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach określonych w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, a w praktyce może także wykraczających poza te warunki (ze względu na tylko subiektywne odczucia zagrożenia dla życia lub zdrowia zgłaszających się do szpitala).

Na gruncie powyższego ujęcia Skarb Państwa (minister zdrowia) stałby się w praktyce podmiotem ponoszącym koszty pewnej części świadczeń zdrowotnych za NFZ. Oznaczałoby to modyfikację systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez ograniczenia obciążeń finansowych NFZ z przeniesieniem części kosztów świadczeń zdrowotnych na budżet państwa.

Wskazane modyfikacje systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie mają obecnie podstaw prawnych. nierozwiązany pozostaje problem leczenia osób nieubezpieczonych na koszt zakładów opieki zdrowotnej działających na własnym rozrachunku gospodarczym, nieotrzymujących na te cele dotacji ani z budżetu, ani od jednostki samorządu terytorialnego organu założycielskiego [26].

Konkluzje

1. Pozakontraktowe świadczenia zdrowotne nie tworzą jednolitej kategorii świadczeń zdrowotnych. W ramach

- pozakontraktowych świadczeń zdrowotnych należy wyróżnić świadczenia ponadlimitowe (rozumiane jako świadczenia udzielane ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego) oraz świadczenia komercyjne.
2. W kategorii świadczeń ponadlimitowych należy wyróżnić świadczenia udzielone w wykonaniu obowiązku ustawowego, tj. świadczenia zielone na podstawie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza denty, art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz świadczenia udzielone bez obowiązku ustawowego.
 3. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w wykonaniu obowiązku ustawowego podzielić należy na świadczenia finansowane przez NFZ oraz świadczenia nieopłacone przez tego płatnika.
 4. Pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej nieopłacone przez NFZ ani przez budżet państwa to świadczenia, których koszty pokryte zostały z własnych środków świadczeniodawcy. Świadczenia te nie są jednorodne co do charakteru prawnego. Chodzi tu o świadczenia, co do których świadczeniodawca dochodził należności od NFZ oraz świadczenia, za udzielenie których nie wystąpił o należność wobec NFZ.
 5. Pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielone ubezpieczonym, a sfinansowane ze środków własnych świadczeniodawców, to specyficzny rodzaj świadczeń. Nie są to świadczenia przewidziane w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Są świadczeniami mającymi charakter ubezpieczeniowy ze względu na osoby, którym je udzielono. Nie są jednak finansowane ze środków systemowego płatnika.
 6. Odrzucić należy interpretację, zgodnie z którą publiczny szpital, będący kontrahentem NFZ, nie może uzyskiwać przychodów ze sprzedaży – na podstawie umów cywilnoprawnych – świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym. Publicznym szpitalom nie można blokować możliwości rozwijania komercyjnej sfery usług.
 7. Udzielanie komercyjnych usług medycznych przez publiczne szpitale podlega różnym ograniczeniom, nie jest jednak generalnie wykluczone [27].
 8. Komercyjne usługi medyczne mogą być udzielone ubezpieczonym poza świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi ze środków publicznych. Zdolność kontraktowa samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego nie ma charakteru zdolności odcinkowej, ograniczonej do umów wskazanych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
 9. Publiczny szpital nie może zawierać umów cywilnoprawnych w zakresie leczenia szpitalnego objętego umową z NFZ, a także leczenia pacjentów w wykonaniu obowiązku ustawowego. Ogólniej należy stwierdzić, że publiczny zakład opieki zdrowotnej nie może zawierać umów cywilnoprawnych w zakresie leczenia szpitalnego, na które ma pokrycie finansowe ze środków publicznych.
 10. Komercyjne usługi udzielone przez publiczne szpitale poza świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi ze środków publicznych nie zmieniają w zakresie tych ostatnich świadczeń statusu publicznego zakładu opieki zdrowotnej jako podmiotu *non profit*.
 11. Dopuszczenie udzielania przez publiczne szpitale komercyjnych usług medycznych ma znaczenie dla kwalifikacji pozakontraktowych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez te szpitale. Świadczenia pozakontraktowe nie mogą być już kwalifikowane wyłącznie jako świadczenia udzielone ubezpieczonym, które powinny być finansowane ze środków publicznych.
 12. Dopuszczenie udzielania przez publiczne szpitale komercyjnych usług medycznych, poza świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych, ograniczać będzie skalę sporów o ponadlimitowe świadczenia zdrowotne prowadzone przez szpitale z NFZ.
 13. Dopuszczenie udzielania przez publiczne szpitale komercyjnych usług medycznych usuwa niekorzystny dla tych szpitali stan utraty korzyści z tytułu takich usług.
 14. Pozakontraktowe świadczenia opieki zdrowotnej wymagają badań w aspekcie prawa prywatnego, prawa podatkowego, a także przepisów o rachunkowości. Badaniom należy poddać podstawy prawne oraz turę świadczeń ponadlimitowych według prawa cywilnego oraz prawa powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego będącego częścią prawa ubezpieczenia społecznego. Odrębne badania powinny dotyczyć komercyjnych świadczeń finansowanych przez pacjentów oraz świadczeń lansowanych przez firmy ubezpieczeniowe.
 15. Przedmiotem analiz prywatnoprawnych oraz podatkowych powinny być świadczenia zdrowotne finansowane przez samych świadczeniodawców. Jest to szczególna kategoria świadczeń zdrowotnych, których wykonanie nie skutkuje powstaniem wierzytelności o zapłatę ani wobec pacjentów, ani wobec NFZ.
 16. W zakresie komercyjnych usług medycznych udzielonych przez niepubliczne szpitale niezbędne są ustalenia relacji tych usług do świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową świadczeniodawcy NFZ, a także ustalenia co do cen usług niekomercyjnych oraz usług komercyjnych.
 17. Zróżnicowanie pozakontraktowych świadczeń opieki zdrowotnej wskazuje na kształtowanie się w Polsce wielosegmentowej ochrony zdrowia [28]. Uzasadnione jest wprowadzenie dalszych segmentów w systemie opieki zdrowotnej. Zmiany powinny pójść w kierunku ściślejszego łączenia metody finansowania z charakterem ryzyka niezdrowia. Chodzi o wyodrębnienie funduszy („kas”) odpowiednio do charakteru i wieloczołowej organizacji opieki zdrowotnej [29].

Powyższy artykuł ukazał się w czasopiśmie „Prawo i Medycyna” nr 1/2010 (38, vol. 12, s. 5–19).

Redakcja i wydawca „Kardiologii i Torakologii Polskiej” dziękują Wydawcy „Prawa i Medycyny” oraz Autorowi artykułu za zgodę na jego przedruk.

The article was published in Law and Medicine (Prawo i Medycyna) 1/2010 (38, vol. 12, pp. 5-19).

The Editors and Readers of the Polish Journal of Cardio-Thoracic Surgery (Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska) wish to thank the Author, Professor Kubota, and the Editors of the quarterly Law and Medicine for their consent to publish the article.

Przypisy

1. Stanowisko to wyrażone zostało m.in. w piśmie Ministra Zdrowia z 13 września 2006 r. MZ-UZ-RP-745-6272-2/1C/O6 do Starosty Powiatu Zgorzeleckiego.
2. DzU 2008, nr 81, poz. 484.
3. Nesterowicz M. Odpowiedzialność za pozaumowne (ponadlimitowe) świadczenia zdrowotne. Państwo i Prawo 2006; 2: 7.
4. Por. m.in. zapytanie poselskie nr 3908 z 30 kwietnia 2009 r. w sprawie wypłat pozostałych części pieniędzy za ubiegłoroczne nadwykonania usług medycznych oraz odpowiedź Ministra Zdrowia z 27 maja 2009r. (<http://orka2.sejm.gov.pl>).
5. Uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z 5 sierpnia 2004 T. III CK 365/03.
6. Uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z 13 lipca 2005 T. I CK 18/05.
7. Lach E. Zapłata przez NFZ na świadczenia wykonywane, Gdańskie Studia Prawnicze – Przegląd Orzecznictwa 2007; 3: 184.
8. Por. Nowy Sącz: o pieniądze za nadlimity upomną się w sądzie. Rynek Zdrowia 2009; 11: 17.
9. Tamże.
10. Należy zaznaczyć, że w orzecznictwie sądowym dotyczącym świadczenia usług medycznych w ramach tzw. pracowniczych programów zdrowotnych świadczenia dzieli się na obowiązkowe i nieobowiązkowe („nadobowiązkowe”). Wyrażenie „świadczenia nieobowiązkowe” utożsamiane jest z wyrażeniem „świadczenia nadobowiązkowe”. Tak m.in. WSA w Warszawie w uzasadnieniu wyroku z 16 maja 2007 r. IIISA/Wa 120/08.
11. Jończyk J. Aspekty prywatyzacji szpitali. Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2008; 8: 6-7.
12. Akceptuje to Lach DE. Stosunki prawne między instytucją ubezpieczenia zdrowotnego a świadczeniodawcami. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny 2005; 4: 179.
13. Jończyk J. Strony i stosunki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Prawo i Medycyna 2005; 1: 33.
14. Lach D.E. Koszyk świadczeń gwarantowanych w systemie opieki zdrowotnej. Prawo i Zabezpieczenie Społeczne 2009; 12: 6.
15. Kowalczyk P. Wyłudza pieniądze, zabijali pacjentów. Rzeczpospolita z 12 czerwca 2008.
16. Uzasadnienie wyroku z 5 listopada 2003 T. IV CK 189/02.
17. Tamże.
18. Janiszewska B. Ponadlimitowe świadczenia zdrowotne udzielone w schorzeniach przewlekłych (uwagi na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego). Prawo i Medycyna 2008; 1: 40.
19. Por. stan faktyczny przedstawiony w uzasadnieniu Postanowienia w sprawie interpretacji prawa podatkowego z dnia 5 maja 2005 r., sygn. PB 1/415/71/2005, Urząd Skarbowy Kraków-Krowodrza. W praktyce przyjmuje się też, że podpisanie aneksu do umowy nie jest możliwe po upływie okresu, na jaki umowa została zawarta (czyli na ogół po 31 grudnia danego roku). Por. stan faktyczny ujęty w uzasadnieniu „Interpretacji indywidualnej z dnia 10 sierpnia 2009 r.”, sygn. ITPBI/415-427b/09/DP, Dyrektora Izby Skarbowej w Bydgoszczy.
20. Dotkuś W. Pomiar zadłużenia w publicznych zakładach opieki zdrowotnej województwa dolnośląskiego. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Prace Naukowe nr 1098, Wrocław 2006: 59.
21. Interpretacja indywidualna z 24 kwietnia 2009 r., sygn. IPB51423-60/09-21 IŚ, Dyrektora Izby Skarbowej w Warszawie.
22. Interpretacja indywidualna z 10 sierpnia 2009r., sygn. ITB II 415-427b/09/DP, Dyrektora Izby Skarbowej w Bydgoszczy.
23. <http://orzeczenia.nsa.gov.pl>.
24. Nesterowicz M. Odpowiedzialność NFZ za pozaumowne (ponadlimitowe) świadczenia zdrowotne. Państwo i Prawo 2006; 2: 7.
25. Nesterowicz M. Glosa do wyroku Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 8 sierpnia 2007; 1: ICSK 125/07. Prawo i Medycyna 2008; 3: 114.
26. Trafnie akcentuje to M. Nesterowicz (tamże).
27. Kubot Z. Komercyjne usługi medyczne publicznych szpitali (zakresy wyłączeń i dopuszczalności). Prawo i Zabezpieczenie Społeczne 2010; 2: 22-25.
28. Według J. Jończyka z analizy współczesnych systemów opieki zdrowotnej wynika, że systemy jednolite (powszechne) ustępują miejsca zróżnicowanej, wielosegmentowej ochronie zdrowia. System opieki zdrowotnej w Polsce – dylematy prawne. Praca i Zabezpieczenie Społeczne 2006; 7: 6.
29. J. Jończyk trafnie przyjmuje, że finansowanie opieki zdrowotnej kobiet w ciąży, dzieci i młodzieży powinno być potraktowane odrębnie ze środków budżetu państwa (a nie ze składki w ciężar kosztów zatrudnienia) (tamże, s. 3. Por. też Jończyk J. Ochrona zdrowia. Państwo i Prawo 2007; 2: 11).