

Praktyczna analiza sporów świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia o finansowanie ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych (tzw. nadwykonań)

Wprowadzenie

Fundamentalne kwestie związane z omawianą w niniejszej pracy tematyką określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ (dalej: u.s.z.f.s.p.). Podstawą udzielania takich świadczeń oraz ich finansowania – zgodnie z art. 132 ust. 1 wspomnianej ustawy – jest umowa zawarta pomiędzy dyrektorem wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia² (dalej: NFZ) a świadczeniodawcą, którym jest zakład opieki zdrowotnej – publiczny lub niepubliczny (dalej: zoz)³. Jak wynika z art. 136 u.s.z.f.s.p., umowa określa między innymi rodzaj i zakres udzielanych świadczeń oraz kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, a także zasady rozliczeń.

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 ze zm.).

² Zob.: art. 96 u.s.z.f.s.p.

³ Zob.: art. 1 ust. 1 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 ze zm.).

Niewątpliwie jedną z najistotniejszych funkcji NFZ jest finansowanie świadczeń zdrowotnych⁴, które wykonują świadczeniodawcy. NFZ sporządza plany finansowe, w których wyznaczona zostaje wysokość środków przeznaczanych przez zoz na określone świadczenia zdrowotne⁵. Suma zobowiązań wynikających z zawartych umów nie może przekroczyć ustalonego budżetu NFZ⁶.

Wzrastająca liczba chorych powoduje jednak, że niektórych świadczeń zdrowotnych udziela się znacznie więcej niż zostało to przewidziane w umowie. Ze względu na brak jednoznacznej regulacji prawnej sytuacja, w której zoz przekracza ustalony z NFZ limit finansowanych świadczeń zdrowotnych, doprowadza do sporu o to⁷, kto ma ponieść koszt wykonywania ponadlimitowych świadczeń.

Należy zauważyć, że problematyka sporów o nadwykonania w świadczeniach zdrowotnych jest zagadnieniem istotnym zarówno dla gospodarki finansowej oraz funkcjonowania służby zdrowia⁸, jak i ze względu na swą doniosłość w życiu społecznym⁹.

Przedsądowe próby osiągnięcia porozumienia

Pierwszym krokiem podejmowanym przez strony zazwyczaj jest zawarcie aneksu do umowy, ustalającego zwiększony limit świadczeń, które sfinansuje NFZ.

⁴ Zob.: art. 97 u.s.z.f.s.p.

⁵ Zob.: art. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

⁶ Zob.: art. 132 ust. 5 u.s.z.f.s.p.

⁷ Jak informuje „Gazeta Prawna” w artykule pt. *NFZ namawia szpitale: nie leczyć*, z 6 października 2011 r., w całej Polsce w 2010 r. odbyły się łącznie 282 procesy sądowe dotyczące zapłaty za nadwykonania w świadczeniach zdrowotnych, rezultatem których NFZ zobowiązany był zwrócić świadczeniodawcom aż 175 mln zł.

⁸ Tak: B. Janiszewska, *Ponadlimitowe świadczenia zdrowotne udzielane w schorzeniach przewlekłych (uwagi na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego)*, „Prawo i Medycyna” 2008, 1 (30, Vol. 10), s. 26.

⁹ Tak np.: „Dziennik Polski”, *Leczą tylko w stanach zagrożenia życia*, artykuł z dnia 15.11.2011 r., oraz „Gazeta Białystok”, *NFZ-cie – jak leczyć? – pytają szpitale. Koszmar nadwykonai powrócił*, artykuł z dnia 20.10.2011 r.

Jak to jednak sprawdza się w praktyce? Zapotrzebowanie na dane świadczenia zdrowotne okazać może się tak wielkie, iż aneksy zawierane są co kilka tygodni, nawet już po paru dniach od zawarcia umowy pierwotnej¹⁰. Zauważyć należy, że w rzeczywistości jest to tylko „odwlekanie problemu na później”. Mimo stale rosnącego zapotrzebowania NFZ w zawieranych umowach ustala maksymalny limit świadczeń, które sfinansuje, opierając się na danych z I kwartału poprzedzającego roku. Na tym tle widoczne jest, jak dalekie od rzeczywistych potrzeb są plany rzeczowo-finansowe sporządzane przez wojewódzkie oddziały NFZ.

Postępowanie pojednawcze¹¹

Kiedy zawarcie kolejnego aneksu staje się niemożliwe, jednym z dalszych kroków podejmowanych przez świadczeniodawców jest zawezwanie do próby ugodowej wystosowane do przeciwnika procesowego (NFZ). Oczywiście, jeśli zawezwanie to przynosi pozytywny rezultat – dochodzi do zawarcia ugody przed sądem, a więc do wystąpienia najkorzystniejszej sytuacji dla stron ze względu na uniknięcie długiego i ciężkiego procesu oraz związanych z tym wysokich kosztów¹².

Warto zauważyć, iż – zdaniem Najwyższej Izby Kontroli (dalej: NIK) – ze względu na brak regulacji dotyczącej finansowania nadwykonań w świadczeniach zdrowotnych finansowanie przez NFZ ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych na podstawie ugody pozasądowej jest pozbawione podstawy prawnej¹³. Należy jednak

¹⁰ Opierając się na analizie dowodów w sprawie o sygn. akt IC 1253/10 (dotyczy świadczeń w zakresie hemodializy).

¹¹ Zob.: art. 184–186 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 1964 r. Nr 43, poz. 296 ze zm.) oraz Ustawę z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2010 r. Nr 90, poz. 594 ze zm.).

¹² Tak: sprawy o sygnaturach akt X Co 1533/11 oraz X Co 1478/11.

¹³ O takiej sytuacji informowano m.in. w raporcie Najwyższej Izby Kontroli – *Informacji o wynikach kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu*

zwrócić uwagę na fakt, iż w praktyce takie ugody są nierzadko zawierane, gdyż prowadzą do porozumienia pomiędzy stronami, a jednocześnie nie narażają je na dodatkowe koszty, które wystąpiłyby przy zawarciu ugody sądowej.

Uгода sądowa¹⁴

Ze względu na specyfikę sporów o nadwykonanie w świadczeniach zdrowotnych szczególnie zastosowanie znajduje art. 10 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego¹⁵ (dalej: k.p.c.) – sędziowie często wzywają strony do zawarcia porozumienia. Z praktycznego punktu widzenia zawarcie takiej ugody przynosi stronom wiele korzyści. Należy zauważyć, że ugoda sądowa – zgodnie z art. 777 k.p.c. – stanowi tytuł egzekucyjny. W przypadku, kiedy jedna ze stron nie realizuje jej postanowień, nie istnieje konieczność wszczęcia nowego postępowania sądowego – wniesienia pozwu (dla dochodzenia swoich należności). Po nadaniu klauzuli wykonalności dokument ten może stanowić podstawę do wszczęcia postępowania egzekucyjnego. Można więc z całą pewnością stwierdzić, iż bez względu na fakt, czy ugoda taka będzie realizowana przez NFZ czy też nie, jej zawarcie będzie znacznie bardziej opłacalne dla zoz niż złożenie pozwu – ze względu, jak wspominało, na uniknięcie długiego i ciężkiego procesu oraz wysokich kosztów procesowych, jakie ponosi powód, wszczynając postępowanie¹⁶. W przypadku zawarcia ugody sądowej korzysta również NFZ poprzez między innymi możliwość ustalenia dogodnych terminów spłaty zadłużenia czy też brak naliczania odsetek ustawowych.

Zdrowia w 2008 roku, a także w „Gazecie Prawnej” w artykule pt. NFZ płaci bez podstawy prawnej za ponadlimitowe świadczenia, artykuł z dnia 26.11.2009 r.

¹⁴ Na podstawie regulacji zawartych w k.p.c. w kwestii opłat i kosztów, a także posiłkując się ustawą o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

¹⁵ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 1964 r. Nr 43, poz. 296 ze zm.).

¹⁶ Zob.: art. 104 k.p.c.

Jak pokazuje praktyka, ze względu na ograniczony budżet NFZ nie jest w stanie od razu regulować zaległych należności. Dochodzi zatem do sytuacji, w których NFZ zawiera ugodę sądową, w której zobowiązuje się do zapłaty za wykonane ponadlimitowe świadczenia ze środków, które zostaną dopiero przyznane na następny rok.

W znaczącej części sporów nie dochodzi do zawarcia ugody sądowej. Głównym powodem takiej sytuacji jest stanowisko NFZ, gdzie wskazuje się, iż nadwykonania zostały zrealizowane w przypadkach planowanych, a nie nagłych – ratujących życie pacjentów. NFZ podnosi także, iż proponowana przez zoz uгода (w której nierzadko NFZ zobowiązany jest do spłaty 95–100% należności) rażąco narusza jego budżet. W przypadkach, w których NFZ nie decyduje się ostatecznie na zawarcie ugody sądowej, następuje konieczność kontynuowania postępowania sądowego. Poniżej zaprezentowano argumentację, a także dowody przedstawiane przez strony.

Stanowisko strony powodowej

Przedstawiając podstawy prawne powództwa, należy zacząć od najwyższego aktu normatywnego – Konstytucji RP z 1997 r. W art. 68 wyrażono podstawową zasadę¹⁷, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia oraz do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego przepis ten jednak nie może stanowić samodzielnej podstawy dla roszczeń zoz¹⁸, ponieważ warunki udzielania świadczeń określa ustawa.

W związku z powyższym, w pozwie powód powołuje się przede wszystkim na art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹⁹

¹⁷ Zob.: L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne zarys wykładu*, Warszawa 2011, s. 113.

¹⁸ Tak: wyrok z dnia 18 stycznia 2006 r., V CSK 60/05, LEX nr 258665, w którym stwierdzono m.in., iż: „brak jest podstaw do żądania zapłaty za świadczenia przekraczające określone umownie limity tylko dlatego, że zostały udzielone osobom ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”.

¹⁹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408 ze zm.).

(dalej: u.z.o.z.) oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry²⁰ (dalej: u.z.l.l.d.). Według Sądu Najwyższego przepisy te określają przymus ustawowy w świadczeniach zdrowotnych²¹. Zatem, aby żądanie od NFZ zapłaty za świadczenia ponadlimitowe było uzasadnione, konieczne jest udowodnienie, iż wykonane świadczenia zdrowotne były dla pacjentów niezbędne²². Należy tutaj zauważyć, że w interpretacji powyższych przepisów wskazuje się na pewien zakaz odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego ratującego życie. Tak więc świadczeniodawca stawiany jest w sytuacji jakby „bez wyjścia”.

Jako podstawę argumentacji strona powodowa wskazuje często opinię konsultantów wojewódzkich (bądź krajowych) z danej dziedziny medycyny, która zalicza dane świadczenie medyczne do świadczeń ratujących życie. W doktrynie uważa się, że biegli sądowi, pozostając wiele lat poza wykonywaniem zawodu, mogą mieć wiedzę w pewnym zakresie zdezaktualizowaną, toteż ekspertyza konsultanta jest dowodem bardziej wartościowym.

Tezy strony powodowej znajdują także oparcie w orzecznictwie Sądu Najwyższego. Sąd Najwyższy stwierdził, że zapłata przez NFZ za świadczenia ponadlimitowe jest możliwa i uzasadniona w przypadku udowodnienia przez świadczeniodawcę niezbędności i konieczności przeprowadzenia tych świadczeń²³. Należy zwrócić również uwagę na fakt, iż nie ma żadnych podstaw do przyjęcia, iż NFZ mając obowiązek pokrycia ponadlimitowych świadczeń medycznych udzielanych w przypadkach nagłych – ratujących życie, nie

²⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 ze zm.).

²¹ Tak: wyrok z dnia 13 października 2006 r., sygn. akt III CSK 123/06, LEX nr 25867.

²² W sprawach dotyczących świadczeń udzielanych w schorzeniach przewlekłych, np. w sprawie o sygn. akt I ACa 290/11 powód podkreśla, że „pacjent z ostrą lub przewlekłą niewydolnością nerek stanowi przypadek niecierpiący zwłoki, każdy zabieg hemodializy jest wykonywany w celu bezpośredniego ratowania życia, a w przypadku jego nieudzielenia może być zagrożone życie pacjenta”.

²³ Tak: wyrok z dnia 18 stycznia 2006 r. V CSK 60/05 oraz wyrok z dnia 4 stycznia 2007 r., sygn. akt V CSK 396/06.

ma takiego obowiązku w nagłych wypadkach zagrożenia utratą zdrowia²⁴.

Sąd Najwyższy wskazuje także na zastosowanie art. 56 Kodeksu cywilnego²⁵ (dalej: k.c.). Warto nadmienić, że w związku z art. 7 u.z.o.z. oraz art. 30 u.z.l.l.d. czynność prawna (umowa zawarta pomiędzy zoz a NFZ) nie stanowi wyłącznego źródła zobowiązań i nie wyczerpuje jego treści. Odnosząc się do powyższego twierdzenia, można stwierdzić, że w przypadku wyczerpania maksymalnego limitu finansowania świadczeń zdrowotnych, ustalonego w umowie, świadczenia ponadlimitowe wykonywane w ramach przymusu ustawowego, określonego w przytoczonych przepisach, powinny być finansowane przez NFZ. Niewykonanie tego obowiązku, wynikającego z art. 353¹ k.c. i art. 354 k.c., rodzi odpowiedzialność odszkodowawczą z tytułu niewykonania bądź nienależytego wykonania umowy – na mocy art. 471 k.c.²⁶

Stanowisko strony pozwanej

Linia obrony strony pozwanej w dużej mierze opiera się na udowodnieniu stanowiska, że świadczenie zdrowotne wykonywane przez powoda nie kwalifikuje się do świadczeń nagłych – ratujących życie, związanych przymusem ustawowym na mocy art. 7 u.z.o.z. oraz art. 30 u.z.l.l.d.²⁷ Udowodnienie powyższego twierdzenia skutkowałoby możliwością uchylenia się od zapłaty za ponadlimitowe świadczenie. Zdaniem pozwanego, nawet jeżeli w eksper-

²⁴ Tak: wyrok z dnia 13 października 2006 r., sygn. akt III CSK 123/06, LEX nr 25867.

²⁵ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 ze zm.).

²⁶ Takie stanowisko przyjęte zostało w linii orzeczniczej Sądu Najwyższego, na co wskazują wyroki: z dnia 5 sierpnia 2004 r. III CK 365/03, z dnia 15 grudnia 2004 r. IV CK 361/04, z dnia 13 lipca 2005 r. I CK 18/05, OSP 2006/6/70, z dnia 15 grudnia 2005 r. II CSK 21/05, z dnia 18 stycznia 2006 r. V CSK 60/05 i z dnia 10 maja 2006 r. III CSK 53/05.

²⁷ Tak: sprawa o sygn. akt I ACa 290/11.

tyzie przytoczonej przez powoda jest wskazane, że świadczenie ratuje życie lub zdrowie pacjenta, to nie jest to równoznaczne z faktem, iż wystąpiła konieczność jego natychmiastowego udzielenia, o którym mowa we wspomnianych przepisach. W związku z tym świadczenie nie musiało być wykonane niezwłocznie, aby pacjent zachował życie bądź zdrowie, a zatem mogło zostać zaplanowane na później. Tak więc strona pozwana dokonuje rozróżnienia pomiędzy świadczeniami udzielanymi w stanie nagłym, ratującym życie lub zdrowie, a świadczeniami planowanymi, udzielanymi w stanie zagrożenia życia lub utraty zdrowia. Jednocześnie twierdzi, iż aby dane świadczenie kwalifikowało się w ramach wymienionych przepisów, nie wystarczy samo zagrożenie życia lub utraty zdrowia – koniecznym elementem jest niezbędność udzielenia świadczenia natychmiast, w stanie „niecierpiącym zwłoki”. Pewną pomoc w rozstrzygnięciu tej kwestii stanowi definicja „stanu nagłego” zawarta w art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym²⁸.

Kolejnym elementem obrony NFZ jest przywołanie jego sytuacji prawnej oraz regulacji dotyczących umów zawieranych ze świadczeniodawcami. Pozwany twierdząc, iż nadwykonania nie mogą stanowić podstawy do zapłaty na rzecz świadczeniodawcy, ponieważ NFZ finansuje tylko i wyłącznie świadczenia ustalone w zawieranych z zoz umowach ściśle określających między innymi ich liczbę i wartość, powołuje się na art. 118 ust. 1, art. 132 ust. 1 i 5 oraz art. 136 pkt 5 u.s.z.f.s.p. Pozwany przytacza także § 14 ust. 1 załącznika do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁹. Należy zwrócić uwagę także na art. 9 pkt 9 ustawy o finansach publicznych³⁰. Posiłkując się wskazanym przepisem, NFZ twierdzi, iż jest

²⁸ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410 ze zm.).

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484).

³⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2009 r. Nr 157, poz. 1240 ze zm.).

zobowiązany do działania oraz zarządzania środkami publicznymi w granicach wytyczonych przez prawo – a ustawodawstwo nie przewiduje możliwości finansowania świadczeń zdrowotnych na zasadach uznania i słuszności, niezgodnie z zawartymi umowami.

Ważnym aspektem argumentacji pozwanego jest również zarzut wobec błędnej organizacji pracy oraz zarządzania finansami przez zoz. Wskazuje się, że organizacja pracy powinna być ustalona w taki sposób, aby oprócz zabiegów planowanych udzielane były świadczenia nagłe, ratujące życie i zdrowie w granicach finansowania określonego w zawartej z NFZ umowie³¹.

W sprawach dotyczących niepublicznych zoz warto zauważyć³², że mając nierzadko postać spółek kapitałowych, są one profesjonalistami w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej, a więc w szczególności powinny być świadome ograniczonej kwoty środków przekazanej przez NFZ i w sposób odpowiedni planować świadczenia – na co wskazuje także wyrok Sądu Najwyższego z 2006 r.³³ Tę linię orzecniczą potwierdza także Sąd Najwyższy w wyroku o sygn. akt V CSK 60/05, mówiąc o „roztropnej gospodarce” – a więc możliwości rozłożenia świadczeń w czasie i tworzenia systemu kolejek oraz takiego planowania świadczeń, aby została pewna rezerwa na wypadki nagłe. Sąd Najwyższy wskazuje w tym aspekcie na art. 354 par. 1 i 2 k.c. stanowiący o prawidłowym wykonaniu zobowiązania.

Uwagi końcowe

W obecnej sytuacji najważniejszym zadaniem jest zastanowienie się nad kierunkiem zmian prowadzących do tego, aby problem nadwykonań w świadczeniach zdrowotnych został jednoznacznie uregulowany. *De lege ferenda* zgłasza się postulaty stworzenia kata-

³¹ Tak: Z. Kubot, *Znaczenie art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie udzielania i finansowania świadczeń zdrowotnych*, „Prawo i Medycyna” 2004, 15, 30.

³² Zob.: art. 8 ust. 3 u.z.o.z.

³³ Tak: wyrok z dnia 18 stycznia 2006 r., V CSK 60/05, LEX nr 258665.

logu świadczeń ratujących życie, które nie byłyby limitowane. Wśród innych możliwości postuluje się (tak m.in. NIK) zmianę algorytmu, według którego przyznawane są środki poszczególnym oddziałom wojewódzkim NFZ.

Wprowadzając zmiany w prawie, należy wziąć pod uwagę przede wszystkim fakt, że wszelkie problemy związane z finansowaniem świadczeń zdrowotnych nie powinny dominować nad koniecznością udzielenia pomocy medycznej pacjentowi. Sytuacja, w której przekroczony został limit świadczeń, nie może doprowadzać do takiego ryzyka dla zdrowia i życia pacjenta, że nie uzyska on pomocy medycznej z powodu braku pewności świadczeniodawcy, czy uzyska on środki z NFZ.