

Strony i stosunki systemu opieki zdrowotnej

1. Wprowadzenie

Lwia część publikacji Profesora Jana Jończyka z pierwszej dekady XXI w. dotyczyła rozmaitych kwestii związanych z organizacją systemu opieki zdrowotnej¹. Omawiał On szereg kontrowersyjnych zagadnień wynikających z transformacji tego systemu, dotyczących m.in. jego podmiotów i stosunków prawnych je wiążących, kwestii finansowania oraz prywatyzacji ochrony zdrowia. Odwoływał się przy tym do wytycznych konstytucyjnych, nie tylko sformułowanych w art. 68 Konstytucji RP, ale także wynikających z zasad: dobra wspólnego, sprawiedliwości społecznej, solidarności i pomocniczości. Na tle „intensywnej i niestabilnej regulacji prawnej” nawiązywał do doświadczeń polskich i rozwiązań zagranicznych. Opracowania Profesora Jończyka były tym cenniejsze, że w istocie przez lata stanowiły jedyny głos doktryny dotyczący ukształtowania systemu opieki zdrowotnej, przy tym głos wyraźny i bardzo charakterystyczny.

W niniejszym opracowaniu chciałbym zwrócić uwagę na te wypowiedzi Profesora Jończyka, które miały fundamentalne znaczenie dla oceny relacji

¹ Por. *System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, PiM 2001, nr 2; *Ubezpieczenie zdrowotne*, PiZS 2003, nr 4; *Naprawienie szkody (krzywdy) pacjenta w związku z ubezpieczeniem zdrowotnym*, PS 2003, nr 9; *Charakter stosunków ubezpieczenia zdrowotnego*, [w:] VI Ogólnopolskie Forum Prawniczo-Medyczne „Aktualne problemy prawa medycznego”. Warszawa 11-12 grudnia 2003; *O wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie NFZ*, PiZS 2004, nr 4; *Czwarta wersja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, PiZS 2004, nr 11; *Strony i stosunki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, PiM 2005, nr 1; *Transformacja ubezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia*, [w:] H. Szurgacz (red.), *Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego. Referaty na XV Zjazd Katedr i Zakładów Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych*, Wrocław 1-2 czerwca 2005 r., Wrocław 2005; *System opieki zdrowotnej w Polsce – dylematy prawne*, PiZS 2006, nr 7; *Ochrona zdrowia*, PiP 2007, z. 2; *Stosunek opieki zdrowotnej*, PiZS 2007, nr 3; *Składka na ubezpieczenie zdrowotne*, PiZS 2007, nr 8 oraz liczne glosy do orzeczeń SN.

prawnych pomiędzy stronami systemu opieki zdrowotnej wprowadzonego w ramach reform w 1999 r., a później wielokrotnie² gruntownie przebudowywanego i ich wzajemnych powiązań. Nawiązując do stosowanej przez ustawodawcę terminologii ubezpieczeniowej, Profesor konsekwentnie pisał o „ubezpieczeniu zdrowotnym” i jego różnych wersjach³, uznając, że „ubezpieczenie” jest pojęciem nadrzędnym wobec różnych ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego⁴. Zarazem jednak, opisując poszczególne podmioty, ich zadania i kompetencje oraz wzajemne relacje prawne, formułował szereg tez przeczących w istocie ubezpieczeniowemu charakterowi prawnemu systemu.

Wypowiedzi te stały się dla mnie inspiracją do podjęcia próby określenia formy organizacyjno-finansowej systemu opieki zdrowotnej w ramach koncepcji techniki powierniczej⁵. Punktem wyjścia było przy tym stwierdzenie, że „klasyczna” typizacja systemów świadczeniowych prawa socjalnego odwołująca się do przyjętych rozwiązań z zakresu ich organizacji i finansowania (modeli/technik: ubezpieczeniowej, zaopatrzeniowej i opiekuńczej) wydaje się współcześnie – wobec ewolucji poszczególnych rozwiązań – zdezaktualizowana i nieadekwatna⁶. Kwestia ta była istotna także wobec podnoszonych przez Profesora Jończyka⁷ kontrowersji odnośnie do systematyki instrumentów realizujących ideę zabezpieczenia społecznego. I jakkolwiek klasyfikacja systemów świadczeniowych w ramach „otwartego” lub „dynamicznego” katalogu technik realizacji zabezpieczenia społecznego ma zasadniczo jedynie walor opisowy i porządkujący, to nie jest jednak pozbawiona praktycznego znaczenia. Analiza regulacji ustawowej dotyczącej rozwiązań organizacyjno-finansowych pozwala bowiem na ustalenie wzajemnych uprawnień i obowiązków podmiotów danego systemu świadczeniowego, np. systemu opieki zdrowotnej.

² Por. J. Jończyk, *Ubezpieczenie...*; *idem*, *Czwarta...*

³ Por. J. Jończyk, *Stosunek...*, s. 7, uwaga w ramach przypisu nr 1.

⁴ Por. J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2003, s. 59.

⁵ Por. D.E. Lach, *Powiernicza technika realizacji zabezpieczenia społecznego (na przykładzie ubezpieczenia zdrowotnego)*, PiP 2009, nr 3.

⁶ Por. D.E. Lach, *Pojęcie i systematyka prawa ubezpieczeń społecznych*, [w:] A. Wypych-Żywicka (red.), *System prawa ubezpieczeń społecznych. Część ogólna I*, Warszawa 2020, s. 26 i n.; *idem*, *Funkcja pilotująca pomocy społecznej a typizacja systemów świadczeniowych prawa socjalnego*, [w:] R. Babińska-Górecka, A. Przybyłowicz, K. Stopka, A. Tomanek (red.), *Prawo pracy i prawo socjalne. Teraźniejszość i przyszłość. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Herbertowi Szurgaczowi*, Wrocław 2021, s. 323-324.

⁷ Por. J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, bezrobocie i pomoc społeczna*, Kraków 2001, s. 57-58.

2. Wypowiedzi Profesora Jończyka dotyczące stron i stosunków „ubezpieczenia zdrowotnego”

Już w jednym z pierwszych opracowań odnoszących się do systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego Profesor Jończyk aprobowo zauważył, że „powszechne ubezpieczenie zdrowotne” stanowi rozwiązanie oryginalne, „będące kompromisem ubezpieczenia chorobowego i państwowej służby zdrowia”. Dalej wskazywał, że swoistość tego systemu polega na jego denacjonalizacji, a zarazem „wyłączeniu go ze sfery działalności gospodarczej pozostającej pod rządem prawa handlowego i cywilnego”. Nawiązując do regulacji konstytucyjnej, Profesor Jończyk stwierdził, że państwo zrealizowało swoje obowiązki z art. 68 ust. 1 i 2 poprzez ustanowienie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i powołanie do życia samodzielnych kas chorych jako podmiotu zamawiającego świadczenia zdrowotne, co stworzyło specyficzny układ w relacji kasa–świadczeniodawca (a nie np. lekarz, który stał się jedynie profesjonalnym wykonawcą medycznej części świadczenia zdrowotnego i jako taki został w pewnym sensie wyłączony z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego). Pozycja świadczeniodawcy jest przy tym zasadniczo instrumentalna: „świadczeniodawca jest po to, by kasa mogła wykonać zadanie, o którym jest mowa ogólnie w art. 68 Konstytucji RP i szczegółowo w ustawie o p.u.z.”, a który, udzielając świadczeń, „z reguły czyni to w celu wykonania zawartej z kasą umowy”. Świadczeniodawca świadczy na rzecz ubezpieczonego/pacjenta świadczenia w ramach stosunku opieki zdrowotnej, a podstawa prawna tego obowiązku wynika z dwóch innych stosunków prawnych: między kasą chorych a ubezpieczonym (stosunek ubezpieczenia) oraz między kasą chorych a świadczeniodawcą (stosunek organizacji i finansowania)⁸.

Tezy te zostały powtórzone i rozwinięte w kolejnych opracowaniach. Odnośnie do ustawy z 2003 r. Profesor Jończyk stwierdził, że ubezpieczenie zdrowotne polega na obowiązku „kasy” zapewnienia świadczeń zdrowotnych, przy czym sens tej gwarancji sprowadza się do ciążącego na „kasie” obowiązku organizowania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez inne podmioty – świadczeniodawców. Ubezpieczony nie może żądać od „kasy” pokrycia kosztu świadczenia zdrowotnego, lecz tylko wskazania świadczeniodawców – kontrahentów „kasy” – u których prawo do świadczenia może być zrealizowane. Stosunek

⁸ J. Jończyk, *System...*, s. 6-9, 14.

ubezpieczenia jest zatem rodzajem publicznoprawnego pozaumownego zobowiązania, które w swej treści nie zawiera obowiązku udzielenia świadczenia zdrowotnego przez „kasę” ani jej odpowiedzialności za świadczeniodawcę. „Kasa” wykonuje swój obowiązek zapewnienia świadczeń zdrowotnych przez zawieranie umów w ramach posiadanych środków, z określeniem w umowie rodzaju, limitu, zakresu, ceny itp. Nie jest ona natomiast „płatnikiem”; jest jedynie zobowiązana do zapłaty świadczeniodawcy uzgodnionych kwot za zakontraktowane świadczenia⁹.

W kolejnym opracowaniu Profesor Jończyk powtórzył, że ubezpieczenie zdrowotne to „węzeł współzależnych stosunków prawnych między trzema podmiotami: ubezpieczonym (uprawnionym, pacjentem), Funduszem Ubezpieczenia Zdrowotnego (dawniej kasą chorych) oraz świadczeniodawcą ubezpieczenia zdrowotnego”. Dalej wskazał, że „[u]bezpieczenie zdrowotne dotyczy człowieka zdrowego na wypadek choroby. [...] świadczenie opieki zdrowotnej jest przede wszystkim ubezpieczeniową gwarancją, a potem dopiero czynnością na rzecz pacjenta”. Rozważając charakter prawny stosunku ubezpieczenia zdrowotnego pomiędzy ubezpieczonym a NFZ, wskazał, że nie jest on jasny, ma zasadniczo charakter zobowiązania z mocy ustawy, podobnie jak w ubezpieczeniach społecznych. Odnosząc się z kolei do stosunku organizacji i finansowania świadczeń, podkreślił, że NFZ, podobnie jak wcześniej kasy chorych, nie jest zobowiązany wobec ubezpieczonego/pacjenta do świadczeń zdrowotnych według zasady tzw. świadczenia rzeczowego¹⁰. Fundusz daje „zabezpieczenie świadczeń rzeczowych” (czyli gwarancję) i w tym celu zarządza środkami ze składki oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Zobowiązaniem do świadczenia jest natomiast świadczeniodawca. Stosunek organizacji i finansowania świadczeń jest odrębnym, w pełni ukształtowanym stosunkiem prawnym, którego podstawę stanowi umowa o udzielanie świadczeń, umowa nazwana, która podlega przepisom Kodeksu cywilnego o zobowiązaniach, przy czym swoboda kontraktowa stron jest ograniczona, a ich pozycja nierównorzędna. Co ważne w świetle wytycznych konstytucyjnych: to na NFZ – jako organizatorze opieki zdrowotnej z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego – spoczywa obowiązek takiej organizacji świadczeń, aby dostęp do nich był równy. Natomiast stosunek opieki zdrowotnej to bezumowne zobowiązanie, które nawiązuje się w wyniku zgło-

⁹ J. Jończyk, *Naprawienie...*, s. 42 i n.

¹⁰ Por. J. Jończyk, *Charakter...*, s. 17 i n.; także: *idem*, *Glosa do uchwały Sądu Najwyższego z 24 stycznia 2007 r.*, III UZP 4/06, OSP 2008, nr 4, poz. 316, s. 318.

szenia przez ubezpieczonego zdarzenia, czyli fakt niezdrowia wymagającego wstępnej fachowej weryfikacji, czyli otwarcia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym pojęcie to ma (w stosunku do pojęcia świadczenia zdrowotnego¹¹) sens integrujący, ogólniejszy i prawny, który łączy się z pojęciem świadczeniodawcy jako kontrahenta NFZ i dłużnika zarówno wobec NFZ, jak i ubezpieczonego. Reasumując, Profesor wskazywał m.in., że „w strukturze ubezpieczenia to osoba ubezpieczonego i pacjenta wysuwa się na pierwszy plan: pierwszy ubezpiecza się na wypadek niezdrowia, ponosząc ciężar finansowania ubezpieczenia, a gdy taki wypadek się wydarzy uzyskuje silną pozycję pacjenta-wierzyciela. Stosunek opieki zdrowotnej (w sensie gwarancji i realizacji) jest uzasadnieniem całej konstrukcji ubezpieczenia zdrowotnego”¹².

Oddzielenie ubezpieczyciela od administracji państwowej, rozdzielenie ról ubezpieczyciela, świadczeniodawcy i wykonawcy zawodu medycznego oraz ukształtowanie między nimi stosunków o charakterze zobowiązaniowym na podstawie umów zostało podkreślone także w opracowaniu krytycznie omawiającym wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03¹³, oraz późniejszych, odnoszących się do obecnie obowiązującej ustawy. Profesor Jończyk zwracał w nich uwagę na szczególne zadania NFZ i okoliczność, że świadczeniobiorcy w zasadzie nie przysługują roszczenia pieniężne do NFZ, a uprawnienie do świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorca realizuje wobec świadczeniodawcy. Stwierdził także: „ubezpieczeniowa konstrukcja opieki zdrowotnej ma charakter zobowiązaniowy, a nie administracyjnoprawny, i patrzy w stronę prawa prywatnego”¹⁴. W kontekście art. 68 ust. 2 Konstytucji RP lakonicznie, acz stanowczo, wskazał wprost: „kasa chorych/NFZ nie jest władzą publiczną”¹⁵. W kolejnym artykule poświęconym omówieniu stron i stosunków ubezpieczenia zdrowotnego Profesor przypomniał, że „NFZ ma odrębny, ustawy status podmiotowy, z osobowością prawną, w sferze podmiotów wykonujących jednocześnie zadania publiczne (organizowanie i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej) oraz obowiązków wobec

¹¹ Z zastrzeżeniem dotyczącym aktualnego znaczenia tych pojęć, zdefiniowanych legalnie w art. 5, „słowniczku” ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹² J. Jończyk, *Charakter...*, s. 13-21.

¹³ Por. J. Jończyk, *O wyroku...*

¹⁴ Por. J. Jończyk, *Czwarta...*, s. 3, 5.

¹⁵ Por. J. Jończyk, *Glosa do wyroku SN z dnia 12 lutego 2004 r., II UK 243/03*, OSP 2004, nr 10, poz.130.

ubezpieczonych, pozostając jednak poza kręgiem organów władzy publicznej”. Zarazem wskazał na problem kwalifikacji prawnej stosunku między ubezpieczonym a NFZ. Zwrócił także uwagę na organizatorskie zadania Funduszu, stwierdzając ponownie, że „stosunek organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych jest więc odrębnym, wyraźnie ukształtowanym stosunkiem prawnym o charakterze cywilnoprawnym”. Ponownie przedstawił koncepcję stosunku opieki zdrowotnej jako zobowiązania świadczeniodawcy wobec świadczeniobiorcy w związku z realizacją umowy świadczeniodawcy z NFZ¹⁶. W innym opracowaniu zauważył, że „system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego opiera się na konstytucyjnej zasadzie równego, bez względu na sytuację materialną obywateli, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zasada ta dotyczy także stosunku opieki zdrowotnej, ale nie wprost, lecz za pośrednictwem stosunku podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz relacji NFZ ze świadczeniodawcami. Pacjent nie ma zatem wobec świadczeniodawcy roszczenia wywodzonego z zasady równego dostępu do świadczeń, ale jest jej beneficjentem, dzięki konstrukcji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”¹⁷.

Omawiając kwestię paradygmatu ochrony zdrowia i niejako reasumując wcześniejsze wypowiedzi, Profesor Jończyk stwierdził, że „teorię ochrony zdrowia należy konstruować jako model zobowiązaniowy, ściślej mówiąc jako kombinację różnych co do charakteru zobowiązań między ubezpieczonym i NFZ (stosunek ubezpieczenia) między NFZ i świadczeniodawcą (stosunek organizacji i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej) oraz między świadczeniodawcą i ubezpieczonym/pacjentem (stosunek opieki zdrowotnej)”¹⁸.

3. Zobowiązaniowy model systemu opieki zdrowotnej

3.1. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych jako zadanie władz publicznych

Odnosząc się do tej wypowiedzi Profesora Jończyka, chciałbym zaproponować modyfikację tak naszkicowanego modelu. Chodzi mianowicie o rozszerzenie tradycyjnego „trójkąta opieki zdrowotnej” o podmiot czwarty – władzę

¹⁶ Por. J. Jończyk, *Strony...*, s. 27, 32-38.

¹⁷ Por. J. Jończyk, *Stosunek...*, s. 4-5.

¹⁸ Por. J. Jończyk, *Transformacja...*, s. 113.

publiczną. Nie było na nią miejsca w bismarckowskim ubezpieczeniu zdrowotnym, gdyż – jak celnie sformułował to K. Kolasiński – państwo ograniczyło się do stworzenia ram prawnych i nałożenia przymusu ubezpieczeniowego na określone podmioty, a następnie zdystansowało się od realizacji ubezpieczeń¹⁹. Z kolei w modelu służby zdrowia władza publiczna stała się organizatorem systemu, a zarazem rozdział tej funkcji od zadań świadczeniodawcy stał się iluzoryczny. Współcześnie jednak rola państwa jest zupełnie inna i nie sposób jej pomijać, omawiając systemy świadczeniowe służące realizacji konstytucyjnych praw socjalnych. Zwracał zresztą na to uwagę Profesor Jończyk, omawiając obowiązki władzy publicznej wynikające z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP oraz nawiązując do ideologii państwa mocodawczego (ang. *the enabling state*) w kontekście modernizacji systemu brytyjskiego²⁰.

Zagadnienie obowiązków władz publicznych określonych w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP było już przedmiotem licznych publikacji²¹. Z tego względu w tym miejscu można ograniczyć się do hasłowego omówienia tej kwestii.

Przed wszystkim, nawiązując do wypowiedzi Profesora Jończyka, należy wskazać, że rola współczesnego państwa w sprawach socjalnych polega na powołaniu do życia określonych wspólnot z nadaniem im prawnego statusu i określeniu ich zadań, co w Polsce uczyniono poprzez stworzenie systemu opieki zdrowotnej²². Państwo jest zatem państwem mocodawczym (ang. *the enabling state*)²³, względnie gwarantującym (niem. *Gewährleistungsstaat*)²⁴, którego zadaniem jest zapewnienie obywatelom realizacji praw socjalnych określonych w Konstytucji RP i prawie międzynarodowym, także poprzez powierzenie określonych zadań publicznych i ich wykonywania (realizacji) podmiotom spoza

¹⁹ Por. K. Kolasiński, *Modele i funkcje ubezpieczeń społecznych*, Toruń 1990, s. 135.

²⁰ Por. J. Jończyk, *Trudna modernizacja opieki zdrowotnej w Niemczech i w Zjednoczonym Królestwie (UK)*, PiZS 2006, nr 6, s. 6.

²¹ Por. D.E. Lach, *Powiernicza...*, s. 41-44; *idem*, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 38-52; *idem*, *Powierzenie realizacji zadań publicznych*, PiP 2015 nr 2; *idem*, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego. Tom 3*, Warszawa 2020, s. 290-294.

²² Por. J. Jończyk, *System...*, s. 9.

²³ Por. J. Jończyk, *Trudna...*, s. 6.

²⁴ Por. C. Franzius, *Der „Gewährleistungsstaat“ – ein neues Leitbild für den sich wandelnden Staat?*, „Der Staat” 2003, t. 42, s. 493-494; *idem*, *Die Europäische Dimension des Gewährleistungsstaates*, „Der Staat” 2006, t. 45, s. 547 i n. oraz *idem*, *Gewährleistung im Recht. Grundlagen eines europäischen Regelungsmodells öffentlicher Dienstleistungen*, Tübingen 2009, s. 24 i n. oraz s. 39.

administracji publicznej, w tym również podmiotom niepublicznym²⁵. Wyodrębnia się rolę inicjatora i organizatora wykonywania określonego zadania (którym pozostaje administracja publiczna) i rolę wykonawcy. Państwo wykonuje zatem pewne zadania w sposób pośredni: inspiruje, kontroluje, nadzoruje i wspiera podmioty niepubliczne. W niektórych przypadkach (jak np. odnośnie do zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej – D.E.L.) „obowiązek państwa [...] sprowadza się do zapewnienia tego, aby świadczenia na rzecz obywateli zostały zrealizowane. Nie jest to jednak równoznaczne z wymaganiem, aby świadczenia te były wykonane bezpośrednio przez państwo”²⁶.

Na tym tle należy uznać, że nałożony na władze publiczne w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP obowiązek „zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych” oznacza przede wszystkim adresowany do władzy ustawodawczej nakaz stworzenia stosownej regulacji prawnej i uregulowanie wzajemnych relacji podmiotów w ramach poszczególnych instytucji składających się na system opieki zdrowotnej, nie konkretyzując zarazem jego formy organizacyjno-finansowej ani zakresu przedmiotowego. Tylko na marginesie można wskazać, że w ramach tak stworzonego systemu ustawodawca określił także szczegółowe zadania władzy wykonawczej w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (por. rozdział II u.ś.o.z.²⁷). Obejmują one, najogólniej rzecz ujmując, tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu, oraz finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej. Nie można przy tym pominąć rozbudowanych kompetencji nadzorczych ministrów: właściwego do spraw zdrowia i właściwego do spraw finansów publicznych²⁸.

Profesor Jończyk pisał w tym kontekście o „przeroście kompetencji ministra zdrowia”, wskazując m.in., że nie pasują one do „ustawowych zasad ubezpie-

²⁵ H. Szurgacz, *Zagadnienie przekazywania przez państwo zadań w zakresie zabezpieczenia społecznego podmiotom niepublicznym*, [w:] idem (red.), *Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego. Referaty na XV Zjazd Katedr i Zakładów Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, Wrocław 1-2 czerwca 2005 r.*, Wrocław 2005, s. 125-142.

²⁶ S. Biernat, *Prywatyzacja zadań publicznych. Problematyka prawna*, Warszawa-Kraków 1994, s. 139.

²⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm., dalej jako u.ś.o.z.

²⁸ Por. D.E. Lach, *Zasada...*, 2011, s. 47-52.

czenia zdrowotnego”²⁹. Wydaje się jednak, że zadania ministrów należy widzieć przez pryzmat treści obowiązku z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, obejmującego (także) dynamiczny nadzór nie tylko odnośnie do wypełniania przez poszczególne podmioty ich ustawowych zadań, ale w ogóle realizacji konstytucyjnie uznanych praw socjalnych. Państwo musi bowiem baczyć, aby funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej realizowało cel wyznaczony przez normę programową o strukturze nakazu optymalizacyjnego wyinterpretowaną z przepisów Konstytucji RP, w razie potrzeby podejmując stosowną aktywność, także legislacyjną³⁰.

Konstytucyjny obowiązek „zapewnienia” dotyczący równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oznacza zatem, poza stworzeniem systemu opieki zdrowotnej, także nakaz jego (u)kształtowania w taki sposób, aby umożliwić jednostce korzystanie z jej praw socjalnych. Chodzi o nakaz stworzenia instrumentu służącego realizacji prawa do ochrony zdrowia w jego indywidualnym i świadczeniowym wymiarze, związanym z koniecznością pokrycia kosztów leczenia. Urzeczywistnianie prawa jednostki do ochrony zdrowia w sytuacji wystąpienia ryzyka niezdrowia odbywa się natomiast w ramach systemu opieki zdrowotnej i na zasadach go konstruujących³¹. W konsekwencji obywatelowi nie przysługują żadne roszczenia o spełnienie/sfinansowanie określonych świadczeń w stosunku do władzy publicznej³².

3.2. Narodowy Fundusz Zdrowia jako organizator systemu i gwarant udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Władze publiczne zrealizowały nałożony na nie w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP obowiązek „zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”, kreując system opieki zdrowotnej,

²⁹ Por. J. Jończyk, *Czwarta...*, s. 4.

³⁰ Na marginesie jedynie można wskazać, że przykładem takiej aktywności w dążeniu do urzeczywistniania wytycznych konstytucyjnych w coraz wyższym stopniu są wprowadzone w 2011 r. nowe reguły refundacji, por. D.E. Lach, *Refundacja leków a równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej*, RPEiS 2014, nr 1.

³¹ Por. D.E. Lach, *Kryteria „kosztowe” kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako gwarantowanych a prawo do ochrony zdrowia*, RPEiS 2017, nr 2, s. 80.

³² Omówienie problematyki dopuszczalności skargi konstytucyjnej dotyczącej naruszenia przez ustawodawcę spoczywającego na nim obowiązku statuowanego w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP leży poza granicami niniejszego opracowania, było zresztą przedmiotem osobnego studium: D.E. Lach, *Kilka uwag w przedmiocie środków prawnych służących świadczeniobiorcom opieki zdrowotnej w sytuacji faktycznej dyskryminacji*, [w:] B. Cudowski, J. Iwulski (red.), *Z aktualnych zagadnień prawa pracy i zabezpieczenia społecznego. Księga Jubileuszowa Profesora Waleriana Sanetry*, Białystok 2013, s. 512-516.

w tym tworząc NFZ jako jednostkę wyposażoną we własną osobowość prawną z ustawowo określonymi zadaniami i kompetencjami.

Definiujący zadania NFZ art. 97 u.ś.o.z. stwierdza w ust. 1, że Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116 ustawy, pochodzącymi przede wszystkim ze składek. Zasadnicze znaczenie w kontekście oceny statusu prawnego NFZ ma jednak art. 97 ust. 2 u.ś.o.z, zgodnie z którym Fundusz, w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. W ust. 3 ustawa kazuistycznie rozwija ogólny obowiązek zarządzania środkami w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych, wskazując przede wszystkim na przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie.

Mając na uwadze treść art. 97 u.ś.o.z., można uznać, że, nie będąc ani ubezpieczycielem *sensu stricto* (wobec braku zobowiązania do świadczeń w stosunku do świadczeniobiorców), ani organem władzy publicznej³³, NFZ działa w istocie rzeczy jako powierniczy zarządca na rzecz świadczeniobiorców. Tezę tę potwierdza zawarte *expressis verbis* w ust. 2 omawianego przepisu stwierdzenie, że działa on we własnym imieniu (np. zawierając umowy ze świadczeniodawcami), ale na rzecz świadczeniobiorców (bo to im z tego tytułu przysługuje prawo do żądania spełnienia zakontraktowanych świadczeń)³⁴.

Tak określona rola NFZ determinuje jego relacje ze świadczeniobiorcami z jednej strony i świadczeniodawcami z drugiej. Rolą Funduszu jako powierniczego zarządcy nie jest świadczenie opieki zdrowotnej, ale zorganizowanie systemu ją „zapewniającego”³⁵. W tym celu posługuje się instrumentem cywilnoprawnym, tj. umowami o wykonywanie świadczeń zdrowotnych zawieranych ze świadczeniodawcami³⁶. Fundusz jest jednak nie tylko organizatorem systemu. Jego zadaniem jest bowiem zawieranie umów ze świadczeniodawcami i ich finansowanie w taki sposób, aby zagwarantować świadczeniobiorcom możliwość realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze

³³ Szerzej: D.E. Lach, *Problem odpłatności za ponadlimitowe świadczenia zdrowotne*, [w:] W. Wróbel, K. Ślęzak (red.), *Studia i analizy Sądu Najwyższego*, t. 2, Warszawa 2008, s. 203 i n.; por. także J. Jończyk, *Strony...*, s. 27.

³⁴ Szerzej: D.E. Lach, *Powiernicza...*, s. 37-39.

³⁵ Por. uchwałę SN z dnia 28 maja 2002 r., III UZP 3/02, OSNAPiUS 2002, nr 23, poz. 575.

³⁶ Por. wyrok SN z dnia 13 maja 2005 r., I CK 691/04.

środków publicznych³⁷. Tym samym względem świadczeniobiorców Fundusz jest gwarantem udzielenia im świadczeń opieki zdrowotnej przewidzianych w systemie.

3.3. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Tak określone zadania Funduszu kształtują także udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w fazie realizacyjnej.

Ponieważ organizator systemu nie jest zobowiązany do świadczenia opieki zdrowotnej, to nie można świadczeniodawców postrzegać jako jego podwykonawców w tym względzie. Ich obowiązki wynikają bowiem z zawartych umów, a jednocześnie ograniczają się do ich postanowień³⁸. Innymi słowy, świadczeniodawca, udzielając świadczeniobiorcom świadczeń opieki zdrowotnej, wykonuje swoje własne obowiązki umowne, a nie zadania organizatora systemu.

Umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej precyzuje nie tylko zakres zakontraktowanych świadczeń, ale także kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (art. 136 ust. 1 pkt 5 u.ś.o.z.), co skutkuje ograniczeniem dostępu do świadczeń w ramach uzgodnionego limitu. W konsekwencji świadczeniobiorca nie może żądać od świadczeniodawcy udzielenia takiego świadczenia gwarantowanego, które nie zostało u niego zakontraktowane w ogóle lub którego limity zostały już osiągnięte.

Zarazem jednak świadczeniobiorcy nadal mają prawo do szeroko rozumianej opieki zdrowotnej. Natomiast postanowienia umów, wiążące organizatora systemu i świadczeniodawców, konkretyzują jedynie na potrzeby tych podmiotów (z punktu widzenia obowiązków organizacyjnych NFZ oraz gospodarki finansowej NFZ i świadczeniodawców) treść świadczeń składających się w sumie na opiekę zdrowotną gwarantowaną ustawowo świadczeniobiorcom. Konkretyzacja ta nie może jednak definiować zakresu prawa do opieki zdrowotnej przysługującej świadczeniobiorcom³⁹.

Pojawia się zatem kwestia realizacji prawa świadczeniobiorców do świadczeń gwarantowanych w systemie, a *de facto* niedostępnych. Pomijając – w praktyce najczęstszą – okoliczność, gdy niemożność uzyskania świadczenia

³⁷ Por. D.E. Lach, *Prawny paradygmat opieki zdrowotnej a stosunek „ubezpieczenia zdrowotnego” i jego charakter prawny*, [w:] Z. Kubot, T. Kuczyński (red.) *Z zagadnień prawa pracy i prawa socjalnego. Księga jubileuszowa Profesora Herberta Szurgacza*, Wrocław 2011, s. 457.

³⁸ Z wyjątkiem stanów nagłych, por. art. 19 u.ś.o.z.

³⁹ Por. D.E. Lach, *Zasada...*, 2011, s. 268 i n.

wynika z wyczerpania umownie określonych limitów (instrumentem prawnym reglamentacji dostępu są listy oczekujących), chodzi o sytuacje, w których dane świadczenie nie może być uzyskane w ramach systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z przyczyn, które nie leżą po stronie świadczeniobiorcy (obiektywna niemożność uzyskania świadczenia). Może być ona efektem naruszenia przez NFZ jego organizatorskich obowiązków, które – po pierwsze – może polegać na tym, że NFZ albo w ogóle nie zakontraktował świadczeń określonego rodzaju i dostęp do nich jest niemożliwy⁴⁰, albo – po drugie – na tym, że zostały one zakontraktowane na warunkach, które wymagają spełnienia przez świadczeniobiorców dodatkowych, pozaustawowych warunków w celu ich uzyskania, np. partycypacji w kosztach⁴¹. W przepisach ustawy nie ma podstawy prawnej uzasadniającej ewentualny wniosek o zwrot kosztów świadczeń nabytych poza systemem opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W konsekwencji – jak się wydaje – świadczeniobiorca byłby uprawniony do nabycia określonego świadczenia na wolnym rynku usług medycznych, a następnie wystąpienia z roszczeniem odszkodowawczym przeciwko NFZ zgodnie z art. 471 k.c.⁴²

4. Podsumowanie

Podsumowując należy uznać, że całokształt wzajemnych więzi prawnych pomiędzy podmiotami systemu opieki zdrowotnej ma szczególny charakter, łącząc w sobie elementy prawa publicznego i prywatnego, mając zarazem – jak wskazywał Profesor Jończyk – charakter zobowiązaniowy. Na tak rozumiany stosunek opieki zdrowotnej składają się relacje: 1) między władzą publiczną a obywatelem (stosunek zapewnienia równego dostępu do opieki zdrowotnej), 2) między NFZ a świadczeniobiorcą (stosunek gwarancji udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej), 3) między NFZ a świadczeniodawcą (stosunek organizacji

⁴⁰ Jak w stanie faktycznym będącym podstawą podjęcia uchwały SN z dnia 24 stycznia 2007 r. w sprawie III UZP 4/06.

⁴¹ Jak w stanie faktycznym będącym podstawą podjęcia uchwały SN z dnia 28 maja 2002 r., III UZP 3/02.

⁴² Por. M. Pełka, *Podstawy prawne i zakres odpowiedzialności cywilnej Kas Chorych*, PiM 2000, nr 6-7, s. 31 i n.; także D.E. Lach, *Prawna problematyka zwrotu kosztów świadczeń nabytych poza systemem opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego, sądów administracyjnych i ETS)*, [w:] K. Ślęzak (red.), *Studia i analizy Sądu Najwyższego*, t. 5, Warszawa 2011, s. 374 i n.

i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej) oraz 4) między świadczeniodawcą i świadczeniobiorcą (stosunek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej).

Co się tyczy relacji między władzą publiczną a obywatelem, to obywatelowi nie przysługują żadne roszczenia o spełnienie/sfinansowanie określonych świadczeń w stosunku do władzy publicznej, a z obowiązku nałożonego na władze publiczne w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP nie można wyprowadzić publicznego prawa podmiotowego, przysługującego obywatelom. Niemniej można uznać, że z obowiązku tego wynika refleks prawa przedmiotowego oznaczający zakaz tworzenia takiej regulacji prawnej, która w nieuzasadniony sposób różnicowałaby dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zależności od sytuacji materialnej obywateli.

Jeżeli chodzi o charakterystykę wzajemnych powiązań NFZ i świadczeniobiorców, to ze względu na powszechność systemu, przymus uczestnictwa, administracyjny tryb egzekwowania i rozliczania składek oraz tryb ochrony prawa do świadczeń mają one zdecydowanie naturę najbliższą stosunkom administracyjnoprawnym, z tym że przeniknięte są elementami wynikającymi ze stosunku powiernictwa, o cywilnoprawnej przecież proveniencji, nadającymi tym relacjom specyficzny charakter. NFZ jest powierniczym zarządcą mającym działać na rzecz świadczeniobiorców, gwarantując im możliwość realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Z tego punktu widzenia jego rola w stosunku do świadczeniobiorców jest w istocie służebna.

W przypadku stosunków pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami kontraktowanie świadczeń zbliżyć się będzie do cywilnoprawnej więzi zobowiązaniowej, z uwzględnieniem jednak szczególnego charakteru rynku usług medycznych (wysoki stopień regulacji, daleko idące ograniczenie konkurencji, NFZ na pozycji monopsonisty, często znaczna specjalizacja świadczeniodawców, porozumienia cenowe i kartele producentów leków, sprzętu i aparatury) i ograniczeń ustawowych, regulujących tryb zawierania umów i dalece ingerujących w ich treść.

Wreszcie więź pomiędzy świadczeniobiorcą a świadczeniodawcą również ma skomplikowany charakter. Obowiązek spełnienia świadczenia wynika dla świadczeniodawcy wprawdzie z cywilnoprawnej umowy zawartej przez niego z NFZ, niemniej wzajemne prawa i obowiązki stron wynikają także z przepisów ustawowych, jak np. szczegółowe obowiązki świadczeniodawcy wynikające z faktu prowadzenia działalności leczniczej.

Bibliografia

- Biernat S., *Prywatyzacja zadań publicznych. Problematyka prawna*, Warszawa–Kraków 1994.
- Franzius C., *Der „Gewährleistungsstaat“ – ein neues Leitbild für den sich wandelnden Staat?*, „Der Staat” 2003, t. 42.
- Franzius C., *Die Europäische Dimension des Gewährleistungsstaates*, „Der Staat” 2006, t. 45.
- Franzius C., *Gewährleistung im Recht. Grundlagen eines europäischen Regelungsmodells öffentlicher Dienstleistungen*, Tübingen 2009.
- Jończyk J., *Charakter stosunków ubezpieczenia zdrowotnego*, [w:] VI Ogólnopolskie Forum Prawniczo-Medyczne „Aktualne problemy prawa medycznego”, Warszawa 11-12 grudnia 2003.
- Jończyk J., *Czwarta wersja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, PiZS 2004, nr 11.
- Jończyk J., *Glosa do uchwały Sądu Najwyższego z 24 stycznia 2007 r.*, III UZP 4/06, OSP 2008, nr 4, poz. 316.
- Jończyk J., *Glosa do wyroku SN z dnia 12 lutego 2004 r.*, II UK 243/03, OSP 2004, nr 10, poz. 130.
- Jończyk J., *Naprawienie szkody (krzywdy) pacjenta w związku z ubezpieczeniem zdrowotnym*, PS 2003, nr 9.
- Jończyk J., *Ochrona zdrowia*, PiP 2007, z. 2.
- Jończyk J., *O wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie NFZ*, PiZS 2004, nr 4.
- Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2003.
- Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, bezrobocie i pomoc społeczna*, Kraków 2001.
- Jończyk J., *Składka na ubezpieczenie zdrowotne*, PiZS 2007, nr 8.
- Jończyk J., *Stosunek opieki zdrowotnej*, PiZS 2007, nr 3.
- Jończyk J., *Strony i stosunki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, PiM 2005, nr 1.
- Jończyk J., *System opieki zdrowotnej w Polsce – dylematy prawne*, PiZS 2006, nr 7.
- Jończyk J., *System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, PiM 2001, nr 2.
- Jończyk J., *Transformacja ubezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia*, [w:] H. Szurgacz (red.), *Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego. Referaty na XV Zjazd Katedr i Zakładów Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych*, Wrocław 1-2 czerwca 2005 r., Wrocław 2005.
- Jończyk J., *Trudna modernizacja opieki zdrowotnej w Niemczech i w Zjednoczonym Królestwie (UK)*, PiZS 2006, nr 6.
- Jończyk J., *Ubezpieczenie zdrowotne*, PiZS 2003, nr 4.
- Kolasiński K., *Modele i funkcje ubezpieczeń społecznych*, Toruń 1990.
- Lach D.E., *Funkcja pilotująca pomocy społecznej a typizacja systemów świadczeniowych prawa socjalnego*, [w:] R. Babińska-Górecka, A. Przybyłowicz, K. Stopka, A. Tomanek (red.) *Prawo pracy i prawo socjalne. Teraźniejszość i przyszłość. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Herbertowi Szurgaczowi*, Wrocław 2021.

- Lach D.E., *Kilka uwag w przedmiocie środków prawnych służących świadczeniobiorcom opieki zdrowotnej w sytuacji faktycznej dyskryminacji*, [w:] B. Cudowski, J. Iwulski (red.), *Z aktualnych zagadnień prawa pracy i zabezpieczenia społecznego. Księga Jubileuszowa Profesora Waleriana Sanetry*, Białystok 2013.
- Lach D.E., *Kryteria „kosztowe” kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako gwarantowanych a prawo do ochrony zdrowia*, RPEiS 2017, nr 2.
- Lach D.E., *Pojęcie i systematyka prawa ubezpieczeń społecznych*, [w:] A. Wypych-Żywicka (red.), *System prawa ubezpieczeń społecznych. Część ogólna I*, Warszawa 2020.
- Lach D.E., *Powiernicza technika realizacji zabezpieczenia społecznego (na przykładzie ubezpieczenia zdrowotnego)*, PiP 2009, nr 3.
- Lach D.E., *Powierzanie realizacji zadań publicznych*, PiP 2015, nr 2.
- Lach D.E., *Prawna problematyka zwrotu kosztów świadczeń nabytych poza systemem opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego, sądów administracyjnych i ETS)*, [w:] K. Ślęzak (red.), *Studia i analizy Sądu Najwyższego*, t. 5, Warszawa 2011.
- Lach D.E., *Prawny paradygmat opieki zdrowotnej a stosunek „ubezpieczenia zdrowotnego” i jego charakter prawny*, [w:] Z. Kubot, T. Kuczyński (red.), *Z zagadnień prawa pracy i prawa socjalnego. Księga jubileuszowa Profesora Herberta Szurgacza*, Wrocław 2011.
- Lach D.E., *Problem odpłatności za ponadlimitowe świadczenia zdrowotne*, [w:] W. Wróbel, K. Ślęzak (red.), *Studia i analizy Sądu Najwyższego*, t. 2, Warszawa 2008.
- Lach D.E., *Refundacja leków a równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej*, RPEiS 2014, nr 1.
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, [w:] D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego. Tom 3*, Warszawa 2020.
- Pełka M., *Podstawy prawne i zakres odpowiedzialności cywilnej Kas Chorych*, PiM 2000, nr 6-7.
- Szurgacz H., *Zagadnienie przekazywania przez państwo zadań w zakresie zabezpieczenia społecznego podmiotom niepublicznym*, [w:] idem (red.), *Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego. Referaty na XV Zjazd Katedr i Zakładów Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych*, Wrocław 1-2 czerwca 2005 r., Wrocław 2005.