

## Świadczenia ponadlimitowe w podmiotach leczniczych – aspekt prawno-rachunkowy

**Streszczenie:** Celem artykułu jest przedstawienie problematyki świadczeń ponadlimitowych w podmiotach leczniczych jako wtórnego problemu systemu opieki zdrowotnej w Polsce. W pierwszej części dokonano identyfikacji i zdefiniowania świadczeń ponadumownych na podstawie orzeczeń sądów powszechnych. W kolejnej części przedstawiono wypracowane w praktyce metody dochodzenia roszczeń oraz wskazano prawidłowe praktyki ujmowania świadczeń ponadumownych z punktu widzenia podatkowo-rachunkowego.

**Słowa kluczowe:** Narodowy Fundusz Zdrowia, rozliczenia, świadczenia zdrowotne, świadczenia ponadlimitowe, ochrona zdrowia, podmioty lecznicze

### Wprowadzenie

Zmiana organizacji systemu opieki zdrowotnej została wprowadzona z dniem 1 stycznia 1999 roku jako jedna z czterech wielkich reform rządu Jerzego Buzka<sup>1</sup>. Nowe rozwiązania stanowiły całkowite przeciwieństwo dotychczas obowiązujących. System, w którym wyodrębniono podmiotowo trzech interesariuszy (świadczeniobiorców – pacjentów, świadczeniodawców – podmioty lecznicze oraz płatnika – Narodowy Fundusz Zdrowia, wcześniej Kasy Chorych), zorganizowano na zasadzie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Podstawą udzielania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej stały się kontrakty zawierane pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem.

Umowy, które w szczególności określają rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, ustalają także maksymalną kwotę zobowiązania Kasy Chorych/Funduszu wobec świadczeniodawcy. Z powodu nieadekwatnego poziomu finansowania systemu opieki zdrowotnej do potrzeb zgłaszanych przez ubezpieczonych wielu świadczeniodawców przekracza ustalone limity wynikające z kontraktów. W takiej sytuacji swoich należności muszą dochodzić oni często na drodze sądowej, ponieważ prawodawca nie przewidział lub zapomniał uregulować tę kwestię w ustawie.

---

<sup>1</sup> Rząd Premiera Jerzego Buzka wprowadził cztery duże reformy w zakresie systemu emerytalnego, oświaty, administracji oraz ochrony zdrowia. W przypadku systemu opieki medycznej dokonano na szybko reformy, która zmieniała przyjęte już inne rozwiązania. Szerzej o tym zagadnieniu traktuje K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007.

## Świadczenia ponadlimitowe w systemie ochrony zdrowia

Świadczenia ponadlimitowe (dalej także jako ponadumowne lub nadwykonania) są efektem przekroczenia wartości kontraktu przez podmioty lecznicze. Zarządzający, zwłaszcza na początku reformy, często świadomie pozwalali wykonywać procedury, które nie mieściły się w limicie zawartym w umowie, spodziewając się, że podobnie jak w poprzednim systemie i tak otrzymają zwrot poniesionych kosztów na leczenie. Obecnie decyzje o wypracowywaniu nadwykonań wiążą się z jednej strony ze strategią zarządzania podmiotem leczniczym, tzn. zarządzający podejmują ryzyko poniesienia kosztów leczenia pacjentów przez ich placówki w celu wypracowania sobie lepszej pozycji negocjacyjnej w trakcie przyszłych rozmów z płatnikiem na temat wysokości zawieranych kontraktów. Z drugiej strony, jest to związane z chęcią zapewnienia pacjentom, zwłaszcza tym w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, szybkiej pomocy medycznej – bez oczekiwania w kolejce.

Rokrocznie, w okolicach miesiąca września lub października, media podają, że kolejne placówki medyczne w Polsce wykorzystały swoje limity i do końca roku przyjmują jedynie przypadki pilne/nagle. Poniżej w tabeli 1 przedstawiono jak kształtowała się wartość ponadumownych świadczeń zdrowotnych.

**Tabela 1. Wartość ponadumownych świadczeń zdrowotnych w latach 2008–2013**

Dane [w mln zł]	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Wartość ponadumownych świadczeń zdrowotnych	419	1603	1066	1814	1464	954
w tym leczenie szpitalne	302	1172	761	1282	1121	749

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Sprawozdań Finansowych NFZ z lat 2008–2013.

Pomiędzy rokiem 2008 a 2009 można zaobserwować prawie czterokrotny skok wartości ponadumownych świadczeń zdrowotnych, z ok. 419 mln zł do kwoty ponad 1,6 mld zł. Związane jest to z pogłębieniem się kryzysu finansowego na świecie, który w tym czasie dotarł także do Polski. Wysokość funduszy na ubezpieczenie zdrowotne jest bezpośrednio skorelowana z sytuacją w realnej gospodarce, ponieważ największą część wpływów zapewniają składki osób pracujących, a w tym okresie stopa bezrobocia rejestrowanego pomiędzy IV kwartałem roku 2008 a rokiem 2009<sup>2</sup> wzrosła z 9,5% do 11,9%. W kolejnych latach wartość wykonanych i sprawozdanych przez podmioty lecznicze procedur medycznych a nierozliczonych z płatnikiem wahała się w przedziale od 954 mln zł do 1,814 mld zł. Można przypuszczać, że większa część tych kwot stała lub stanie się przedmiotem sporów sądowych, jakie świadczeniodawcy wytoczą funduszowi.

<sup>2</sup> GUS, *Bezrobocie rejestrowane I-IV kwartał 2009 r.*, [http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/pw\\_bezrobocie\\_rejestrowane\\_1-4kw2009.zip](http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/pw_bezrobocie_rejestrowane_1-4kw2009.zip) [dostęp 20.12.2014].

## Dochodzenie roszczeń z tytułu wykonania ponadumownych świadczeń zdrowotnych

Zgodnie z tym, co zostało zasygnalizowane we wprowadzeniu niniejszego artykułu, świadczenia ponadlimitowe nie doczekały się uregulowania w przepisach, pomimo wielu wprowadzanych nowelizacji czy wręcz zmian ustawy, która zakreśla ogólne ramy systemu opieki zdrowotnej. Wobec niejasnych regulacji prawnych pomocny w tej kwestii może być wyrok Sądu Najwyższego<sup>3</sup>, zapadły na tle sporu pomiędzy zakładem opieki zdrowotnej (powodem) a pozwaną kasą chorych, w którym trafnie ujęty został problem umiejscowienia nadwykonań w systemie.

Z jednej strony, zakład opieki zdrowotnej powinien spełnić określone świadczenia zdrowotne zgodnie z przepisami nieobowiązującej już ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>4</sup> (t.j. Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.), które przyznając pacjentom tych zakładów szereg praw, nakładają na zakłady opieki zdrowotnej obowiązek udzielenia im opieki medycznej. Z drugiej strony, brak niejednokrotnie wskazania w tych przepisach, jaki podmiot powinien zapłacić za wykonane świadczenia. Kasy chorych nie dysponowały odpowiednimi środkami finansowymi, aby zabezpieczyć uzasadnione potrzeby zakładów opieki zdrowotnej, co oznaczało, że już na etapie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, a szczególnie ich wykonywania, powstało wiele poważnych sporów, których rozstrzygnięcia strony poszukują ostatecznie w drodze procesów sądowych. Sądy rozpatrujące tego rodzaju spory zmuszone były do szczególnie wnikliwego rozważenia racji obu stron i, pomimo ułomności przepisów, które znajdowały w tym przypadku zastosowanie, poszukiwania rozstrzygnięcia uwzględniającego mimo wszystko granice wyznaczone przez prawo. W związku z tym, że przepisy regulujące korzystanie przez ubezpieczonych ze świadczeń zdrowotnych są częścią systemu prawa obowiązującego w Polsce, przy ich wykładni należy brać pod uwagę nie tylko przepisy wprost odnoszące się do świadczenia pomocy medycznej, ale także wynikające z innych gałęzi prawa, które mogą znaleźć tu zastosowanie, ale również zasady i założenia aksjologiczne całego systemu.

Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 7 sierpnia 2003 r. stwierdził, że dostrzegając niedostatki regulacji zawartej w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, sąd powinien poszukiwać rozstrzygnięcia na podstawie analizy tych przepisów i ewentualnie norm prawa cywilnego, które mogły tu mieć zastosowanie, a nie posługiwać się ogólnymi argumentami opartymi tylko w zasadzie na próbie oceny racjonalności zachowań stron umów o świadczenie usług zdrowotnych z punktu widzenia dobra pacjenta oraz celowości działań kasy chorych i zakładu opieki zdrowotnej. Sądy

<sup>3</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01 (LEX nr 279804).

<sup>4</sup> T.j. Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm., dalej jako u.z.o.z.

powinny wprawdzie uwzględniać ogólne zasady wyznaczające zachowania podmiotów, których spór dotyczy, jednak przede wszystkim ich rozstrzygnięcie, jako podmiotów stosujących prawo, musi być wynikiem wnikliwej analizy norm prawnych wyznaczających zachowanie tych podmiotów. „Nie wyklucza to jednak nadawania, w drodze wykładni celowościowej lub systemowej takiego znaczenia przepisom, które odbiega od ich dosłownego rozumienia, ale tylko przy zachowaniu idei racjonalnego ustawodawcy. Sąd zaś nie może tego ustawodawcy zastępować”<sup>5</sup>.

Niejasne regulacje prawne dotyczące zasad finansowania świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej stały się przedmiotem wielu procesów sądowych i podstawą ukształtowania, jak się wydaje, stałej linii orzeczniczej. Pierwsze wyroki zapadające w sprawach pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem były rozstrzygane na niekorzyść podmiotów leczniczych. Sądy, przede wszystkim Sąd Najwyższy, stały na stanowisku, że skoro podstawą udzielania świadczeń jest umowa, która zawiera maksymalną kwotę zobowiązania płatnika wobec świadczeniodawcy, to świadome wykonywanie procedur medycznych ponad określony umową limit nie może skutkować skutecznym rozstrzygnięciem o zapłatę.

Zgodnie z zasadą kontrydiktoryjności na każdej ze stron procesu ciąży obowiązek udowodnienia swoich racji, dlatego świadczeniodawcy próbowali w bardzo różnorodny sposób argumentować obowiązek zapłaty przez płatnika za ponadumowne świadczenia medyczne. W jednej ze spraw strona powodowa usiłowała w ogóle kwestionować uprawnienie płatnika do limitowania świadczeń medycznych, jednak taki wywód został odrzucony przez Sąd Najwyższy<sup>6</sup>, który stwierdził, że: „Zarzuty strony powodowej idą jednak znacznie dalej, bowiem z powołaniem się na treść art. 31c i 60 ust. 1 u.z.o.z. neguje ona w ogóle uprawnienie kasy chorych do limitowania środków finansowych na świadczenia zdrowotne, jak i poszczególnych usług, jako sprzeczne z prawami pacjenta. Zgodnie z art. 4 ust. 3 u.z.o.z., świadczenia zdrowotne były udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez kasę chorych. Prawo wyboru przez ubezpieczonego szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę z kasą chorych, mogło więc z tej przyczyny doznawać ograniczenia, także w aspekcie czasowym. [...] sytuację ograniczenia możliwości udzielenia pacjentowi świadczeń zdrowotnych przewiduje art. 19 ust. 1 u.z.o.z., który w takim wypadku przyznaje mu uprawnienie do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury, ustalającej kolejność dostępu do świadczeń. Słuszność przyjętych w tym względzie rozwiązań ustawowych oraz ich zgodność z uzasadnionymi oczekiwaniami społecznymi pozostaje poza – opartą na przytoczonych w kasacji podstawach – oceną Sądu Najwyższego, mającą za przedmiot

<sup>5</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01 (LEX nr 279804).

<sup>6</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 stycznia 2004 r., IV CK 434/02.

zgodności zaskarżonego wyroku z prawem”<sup>7</sup>. Podobnie w kolejnym wyroku Sąd Najwyższy zakwestionował próbę konstruowania stosunku obligacyjnego, tworzego na podstawie obowiązku udzielania świadczeń medycznych wynikającego ze zbiegu innych przepisów prawa. „Ustawowy obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym zgłaszającym się do zakładu opieki zdrowotnej (art. 7 ustawy o z.o.z.) i lekarski obowiązek udzielania pomocy medycznej wyrażony w przepisie art. 30 ustawy o zawodzie lekarza, nie stanowią wystarczającej podstawy do konstruowania stosunku obligacyjnego między świadczeniodawcą i Kasą, w sytuacji, w której świadczeniodawca udzielił świadczeń zdrowotnych ponad limit przewidziany w umowie z Kasą. Dzieje się tak nawet wtedy, gdy – jak wskazywano w kasacji – w okresie zawarcia umów między stronami nie przewidziano w obowiązującym porządku prawnym innego podmiotu mającego zadanie finansowania usług medycznych dla ubezpieczonych z wniesionych przez nich składek. [...] przyjęcie proponowanej przez skarżącego konstrukcji stosunku obligacyjnego podważałoby w rezultacie sens zawierania umów między świadczeniodawcami a Kasami Chorych, skoro kasa zawsze byłaby zobowiązana ex lege do pokrywania należności za wszystkie wykonywane przez świadczeniodawców usługi medyczne, niezależnie od tego, czy mieściłyby się one w ramach wcześniej zawartej umowy, czy też dokonywane byłyby poza limitem określonym w tej umowie”<sup>8</sup>. W innej sprawie, argumentując brak obowiązku zapłaty przez płatnika za nadwykonania, Sąd Najwyższy podkreślił prymat umowy jako podstawy funkcjonowania systemu: „Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przyjęła, że obowiązek władzy publicznej zapewnienia ochrony zdrowia będzie realizowany przy pomocy instrumentarium cywilistycznego, mianowicie, w drodze umów o świadczenia zdrowotne, zawieranych przez Kasy Chorych (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia) z konkretnymi świadczeniodawcami (zakładami opieki zdrowotnej – publicznymi i prywatnymi). Podmioty zawierające taką umowę o świadczenie usług medycznych opierały jej ustalenia na prognozowaniu ilości tych świadczeń. Rzecz jasna, prognozy te obejmowały także przypadki koniecznych świadczeń zdrowotnych, udzielanych w sytuacjach niecierpiących zwłoki, o których mowa w art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 30 ustawy o zawodzie lekarza. Jeżeli prognozy te okazały się błędne, z powodu zaniżenia ilości przyjętych w umowie świadczeń, to nie można przyjąć, że przypadki wykonania świadczeń objętych tymi dwoma przepisami wchodzą z mocy samego prawa do treści zawartej umowy. Takie rozwiązanie praktycznie kwestionowałoby bowiem samą zasadę organizacji systemu ochrony zdrowia, opartego na umowach o świadczenie usług leczniczych, podważając sens zawieranych kontraktów, do których ma przecież zastosowanie reguła *pacta sunt*

---

<sup>7</sup> *Ibidem*.

<sup>8</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03.

*serwanda*. Podstawowym sposobem urealnienia takich umów jest zatem ich renegecjonowanie<sup>9</sup>.

Z przeglądu orzecznictwa Sądu Najwyższego zaprezentowanego dotychczas w niniejszym opracowaniu, a dotyczącego problematykami finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ponad ustalonymi limitami, wprost wynika brak możliwości ubiegania się przez świadczeniodawcę o zapłatę za świadczenia ponadumowne. Konsekwencją tak utrwalonej linii orzeczniczej byłoby wręcz zmuszenie podmiotów leczniczych do finansowania systemu opieki medycznej, a przecież nie są one do tego powołane.

Stanowisko Sądu Najwyższego w sprawie dochodzenia roszczeń za świadczenia ponadlimitowe w miarę upływu czasu ulegało zmianie. Jeszcze w 2003 roku zapadł wyrok, zapowiadający zmianę w tym zakresie, w którym sąd stwierdził, że „przepis art. 7 u.z.o.z. nakłada na zakład opieki zdrowotnej obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia i nie reguluje skutków finansowych udzielenia świadczenia zdrowotnego”<sup>10</sup>. Jednocześnie, zgodnie z art. 38 ust. 5 u.z.o.z., publiczny zakład opieki zdrowotnej nie może obciążać osoby uprawnionej do świadczeń opłatami za ich udzielenie. Oznacza to zatem, że w razie udzielenia przez publiczny zakład opieki zdrowotnej świadczenia w sytuacji zagrożenie życia lub zdrowia obowiązek poniesienia kosztów świadczenia na rzecz pacjenta uprawnionego z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego będzie obciążał kasę chorych, do której należał pacjent (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia). „Gdyby publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie łączyła umowa z kasą chorych, roszczenie zakładu opieki zdrowotnej o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w warunkach art. 7 u.z.o.z., mogłoby znajdować podstawę prawną w przepisach kodeksu cywilnego o prowadzeniu cudzych spraw bez zlecenia. Jeżeli natomiast strony zawarły umowę o świadczenie usług medycznych, to zakładowi opieki zdrowotnej należałoby się wynagrodzenie wynikające z umowy”<sup>11</sup>. Sąd wyraźnie stwierdził, że w przypadkach natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, gdy zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, nie mogą one być limitowane umową<sup>12</sup>.

Przełomowy jednak wyrok, który był początkiem nowej linii orzeczniczej, zapadł w sierpniu 2004 r. Sąd Najwyższy stwierdził wówczas, że umowy jako „czynności prawne nie stanowią wyłącznego źródła zobowiązań i nie wyczerpują ich obiektywnej treści (art. 56 k.c.). Dlatego ustalenie zakresu zobowiązania świadczeniodawców nie może

<sup>9</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 października 2004 r., II CK 54/04.

<sup>10</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2003 r., sygn. akt IV CK 189/02.

<sup>11</sup> *Ibidem*.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

pomijać norm adresowanych do zakładów opieki zdrowotnej oraz personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy, współtworzących te zakłady jako zorganizowane jednostki”<sup>13</sup>. Z art. 7 ustawy o z.o.z. oraz art. 30 ustawy o zawodzie lekarza wynika bowiem obowiązek spełnienia świadczenia zdrowotnego w razie zagrożenie życia lub zdrowia, a nawet wówczas, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. „Obowiązki te mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Ich realizacja rzutuje na ewentualną odpowiedzialność karną bądź pracowniczą bezpośrednich wykonawców świadczeń”<sup>14</sup>. Sąd nie zakwestionował przy tym umów jako sposobu organizacji systemu opieki zdrowotnej, wręcz przeciwnie – stwierdził, iż częściowa niewydolność systemu opieki zdrowotnej opartego na regulacjach umownych między Kasami Chorych a świadczeniodawcami nie uzasadnia odmówienia im mocy wiążącej, co wynika przede wszystkim z przepisów art. 353 i 354 k.c. Rezygnacja z umów jako instrumentu dystrybucji środków publicznych na finansowanie opieki zdrowotnej wprowadzałaby chaos prawny i odcinała od publicznej opieki zdrowotnej słabszą ekonomicznie część społeczeństwa<sup>15</sup>. W orzeczeniu tym Sąd Najwyższy także wskazał, kto jest zobowiązany do pokrycia kosztów świadczeń medycznych spełnianych pod rygorem innych ustaw: „gdy podmiot związany umową, [...] żąda zapłaty za świadczenia udzielone ubezpieczonym i nie znajduje usprawiedliwienia dla supozycji, jakoby koszty opieki zdrowotnej w takich wypadkach miały obciążać świadczeniodawców. Odmienne wola ustawodawcy wynika z daty wejścia w życie obydwu ustaw, kiedy opieka zdrowotna ubezpieczonych finansowana była z budżetu państwa. Sporadyczne przypadki spełniania wówczas świadczeń przez lekarza prowadzącego gabinet prywatny lub w ramach spółdzielni nieopłaconych przez pacjenta, jako zdarzenia wyjątkowe, pozostawały bez wpływu na regulację zakładającą finansowanie przez państwo kosztów leczenia ubezpieczonych. Przepisy nakazujące spełnianie świadczeń zakładom i pracownikom medycznym pozostały niezmienione po wejściu w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, lecz nie ma podstaw do wykładni, że w zakresie pokrycia kosztów ich treść zmieniła się diametralnie, a samodzielne zakłady opieki zdrowotnej oraz zatrudnieni w nich pracownicy medyczni (lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne) zostali obciążeni kosztami realizacji swego obowiązku zawodowego. Byłoby to równoznaczne z nałożeniem na pewne grupy zawodowe daniny publicznej bez wyraźnego przepisu ustawy. Brak podstaw do tego rodzaju wykładni, zakładającej naruszenie przez ustawodawcę normy konstytucyjnej

---

<sup>13</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03

<sup>14</sup> *Ibidem*.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

(art. 217 Konstytucji)<sup>16</sup>. Oznacza to tym samym, że koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego nałożonego na świadczeniodawców powinny być pokryte ze środków publicznych, którymi zarządzały Kasy Chorych<sup>17</sup>.

Piętnaście lat działania systemu opieki zdrowotnej w zreformowanej formie doprowadziło do wypracowania w miarę ugruntowanej linii orzeczniczej dotyczącej świadczeń ponadlimitowych<sup>18</sup>. Jednak i płatnik zrozumiał, wykonując kolejne niekorzystne dla siebie wyroki sądów, że za świadczenia ponadumowne, wykonane w ramach rygoru ustawowego, prędzej czy później będzie musiał zapłacić. W związku z tym od 2011 roku Narodowy Fundusz Zdrowia zmienił sposób rozliczeń, w którym na koniec okresu sprawozdawczego dokonuje zmiany ich kolejności w taki sposób, że w ramach umowy do zapłaty jako pierwsze kwalifikowane są, świadczenia ratujące życie. Dopiero w przypadku niewyczerpania wartości umowy dobiera świadczenia tzw. planowe<sup>19</sup>. Wskazany sposób rozliczeń pewnie w niedługiej przyszłości stanie się przedmiotem sporu sądowego, wtedy sąd będzie musiał określić jego zgodność z prawem.

## Świadczenia ponadlimitowe z perspektywy rachunkowo-podatkowej

Świadczenia ponadlimitowe<sup>20</sup> stanowią także źródło dla rozważań z podatkowego i rachunkowego punktu widzenia. Na tych płaszczyznach również istnieją rozbieżne stanowiska, które zostaną poniżej zaprezentowane.

Patrząc na świadczenia ponadumowne od strony rachunkowej, istnieją rozbieżności co do metod ich księgowania. Podmiot leczniczy zgodnie z umową z płatnikiem może fakturować wykonane świadczenia medyczne jedynie do wysokości miesięcznego limitu wynikającego z planu rzeczowo-finansowego<sup>21</sup>, a więc w przypadku nadwykoniań nie posiada on pewnego tytułu prawnego, tym samym stają się one przychodami

<sup>16</sup> *Ibidem*.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> Więcej przykładów wyroków sądowych w tych sprawach patrz: A. Wapińska, *Przegląd zagadnień w sprawach o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe rozpoznawanych w Sądzie Apelacyjnym w Warszawie*, „Prawo i Medycyna” 2006, Nr 1 (22, vol. 8), s. 18; B. Janiszewska, *Świadczenia ponadlimitowe w orzecznictwie Sądu Najwyższego*, „Prawo i Medycyna” 2006, Nr 1 (22, vol. 8), s. 40.

<sup>19</sup> Zgodnie z Zarządzeniem Nr 72/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2010 r. w sprawie określenia szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania w postaci elektronicznej danych zawartych w rachunku i komunikatu XML dotyczącego rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz późniejszymi.

<sup>20</sup> W tej części autor ma na myśli świadczenia zrealizowane przez podmiot leczniczy, a niepotwierdzone do zapłaty przez płatnika.

<sup>21</sup> Zgodnie z § 18 Ogólne Warunki Umów o Udzielanie Świadczeń Opieki Zdrowotnej stanowiące Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.



ewentualnymi. Podmiot leczniczy może wystawić fakturę ponad kwoty określone w umowie, a wartość świadczeń dodać do przychodów z działalności operacyjnej, uwzględniając w księgach rachunkowych poniesione koszty<sup>22</sup>. Takie działanie wyczerpuje zasadę współmierności kosztów i przychodów, jednak z drugiej strony sprawia, że dane finansowe jednostki nie przedstawiają prawdziwej sytuacji podmiotu. Uwzględniając jednak kolejną z podstawowych zasad rachunkowości, tj. zasadę ostrożności, to w stosunku do świadczeń ponadumownych właściwe byłoby utworzenie odpisu aktualizującego, ze względu na wątpliwy/niepewny, często kwestionowany przez płatnika, charakter należności. Tutaj wśród praktyków również dochodzi do sporu, czy odpis aktualizacyjny powinien dotyczyć tego samego okresu (roku obrotowego), w którym zaewidencjonowano przychody, czy można go ująć już w następnym roku. Przedstawione oba warianty są zgodne z prawem, niemniej jednak odpis aktualizacyjny, zdaniem autora niniejszej publikacji, powinien dotyczyć tego samego okresu w celu zachowania maksymalnej rzetelności przy przedstawianiu sytuacji podmiotu. Takie podejście daje możliwość porównywania wyników pomiędzy podmiotami, dzięki stosowaniu jednokowych zasad w księgowaniu operacji gospodarczych.

Podatkowo sytuacja świadczeń ponadumownych jest dość skomplikowana. Zgodnie ze stanowiskiem wyrażanym przez organy skarbowe w interpretacjach indywidualnych podmioty mają prawo kwalifikować przychody wynikające z tego tytułu do przychodów podatkowych w momencie ich potwierdzenia przez płatnika, wydania prawomocnego orzeczenia sądu lub zawarcia ugody<sup>23</sup>. Przyjęcie takiego stanowiska zmusza jednak podmiot do wydzielenia z kosztów uzyskania przychodów wszystkich wydatków poniesionych w związku ze świadczeniami ponadumownymi, co wymusza prowadzenie bardzo skrupulatnej księgowości dotyczącej kosztów. Jest to często sytuacja niemożliwa do zrealizowania, zwłaszcza w podmiocie, w którym nie jest zainstalowane odpowiednie oprogramowanie, które łączy elektroniczną dokumentację medyczną z częścią finansowo-księgową.

## Podsumowanie

Świadczenia ponadumowne, zwłaszcza ich wielkość, wskazują na nieadekwatność poziomu finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Rokrocznie w ostatnich latach podmioty lecznicze wykonują więcej procedur, aniżeli NFZ zakontraktował.

---

<sup>22</sup> Zob. M. Hass-Symotiuk (red.), *Rachunkowość. System informacji finansowych Zakładów Opieki Zdrowotnej*, Warszawa 2010, s. 201-205 oraz M. Hass-Symotiuk (red.), *Wzorcowy plan kont a rachunkowość finansowa i zarządcza podmiotów leczniczych*, Warszawa 2012, s. 376-386.

<sup>23</sup> Tak m.in. w interpretacji indywidualnej dyrektor Izby Skarbowej w Poznaniu z dnia 23 stycznia 2013 r., ILPB1/415-1030/12-2/IM.

Jest to sygnał dla rządzących, że z jednej strony należy poprawiać efektywność systemu, z drugiej zaś zwiększyć jego finansowanie, być może przez wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych lub po prostu podniesienie składki zdrowotnej.

Punkt ciężkości w opisie przedmiotowego zjawiska został skierowany przede wszystkim na zagadnienia prawne, ze względu na ich fundamentalne znaczenie. Gdyby nie ukształtowanie się pozytywnej linii orzeczniczej dla możliwości dochodzenia roszczeń z tytułu świadczeń ponadumownych, bezprzedmiotowe stałyby się rozważania z zakresu rachunkowo-podatkowego.

## **Bibliografia**

### **Literatura**

Hass-Symotiuł M. (red.), *Rachunkowość. System informacji finansowych Zakładów Opieki Zdrowotnej*, Warszawa 2010.

Hass-Symotiuł M. (red.), *Wzorcowy plan kont a rachunkowość finansowa i zarządcza podmiotów leczniczych*, Warszawa 2012.

Janiszewska B., *Świadczenia ponadlimitowe w orzecznictwie Sądu Najwyższego*, „Prawo i Medycyna” 2006, Nr 1 (22, vol. 8), s. 40.

Prętki K., *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007.

Wapińska A., *Przegląd zagadnień w sprawach o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe rozpoznawanych w Sądzie Apelacyjnym w Warszawie*, „Prawo i Medycyna” 2006, Nr 1 (22, vol. 8), s. 18.

### **Źródła**

#### **Akty prawne**

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), nieobowiązująca.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 618 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003 r., Nr 45, poz. 391 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. z 1997 r., Nr 28, poz. 153 z późn. zm.).

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

Zarządzenie Nr 72/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2010 r. w sprawie określenia szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania w postaci elektronicznej danych zawartych w rachunku i komunikatu XML dotyczącego rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz późniejszymi.

### **Orzecznictwo**

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 października 2004 r., II CK 54/04.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 marca 2004 r., II CK 207/03.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 stycznia 2004 r., IV CK 434/02

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2003 r., IV CK 189/02.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 sierpnia 2004 r., III CK 365/03.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01.

### **Internet**

GUS, *Bezrobocie rejestrowane I-IV kwartał 2009 r.*, [http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/pw\\_bezrobocie\\_rejestrowane\\_1-4kw2009.zip](http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/pw_bezrobocie_rejestrowane_1-4kw2009.zip) [dostęp 20.12.2014]

## **Extra medical services – their legal and accounting aspect**

**Summary:** Medical services over the hospital's obligation became an inherent part of polish health care system. They are caused by government grants, which are insufficient. The whole process of applying for refund extra medical services is complicated by deficiencies in polish law system. The author shows how the case law on refunding over medical services was evolving. He also suggest how to book this services according to tax policy and accounting policy.

