

Nowy Sącz, 14 sierpnia 2026 r.

**Analiza prawna w przedmiocie możliwości dochodzenia przez szpitale roszczeń za tzw. nadwykonania w przypadku świadczeń udzielanych w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy o działalności leczniczej w zakresie świadczeń objętych finansowaniem poprzez ryczałt systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej**

**Wykaz aktów prawnych przywołanych w opinii:**

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.;
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - dalej u.d.l.;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - dalej u.s.o.z.;
- Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

**Odpowiedzialność za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

W art. 14 u.s.o.z. wskazano, że na zasadach i w zakresie określonym w ustawie podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub Fundusz.

W art. 11 u.s.o.z. doprecyzowano, że do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia należy m.in.:

- opracowywanie, finansowanie i ocena efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją;
- finansowanie z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, świadczeń gwarantowanych w zakresie określonym w ustawie, w tym w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- zatwierdzanie planu finansowego Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

Fakultatywnie, w ograniczonym zakresie udzielanie świadczeń gwarantowanych może być finansowane również przez jednostki samorządu terytorialnego (art. 9a u.s.o.z.) oraz Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego albo Szefa Agencji Wywiadu, w zakresie określonym w ustawie (art. 11a i 11b u.s.o.z.).

W uzasadnieniu wyroku z 20 listopada 2019 r. sygn. K 4/17<sup>1</sup> Trybunał Konstytucyjny wskazał, że cyt. „*obowiązujące ustawy, zwłaszcza u.ś.o.z., nie pozostawiają wątpliwości, że wyznaczenie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej opłacanych ze środków publicznych, źródła tych środków i dysponowanie nimi są ustalane centralnie.*”. Dalej Trybunał wskazał, że cyt. „*istnieją sytuacje, w których świadczeniodawca (w tym s.p.z.o.z.) może na leczenie pacjentów ponosić wydatki wyższe niż przewidziane w jego planie finansowym i w umowie zawartej z NFZ. W ocenie TK, powstawanie takich sytuacji nie jest skutkiem błędnej praktyki zawierania umów i ich wykonywania, lecz konsekwencją stosowania wadliwej regulacji finansowania świadczeń zdrowotnych. Regulacja ta nie uwzględnia dynamiki działania świadczeniodawców, którzy mocą ustaw są zobowiązani do udzielania świadczeń nieuwjętych w planach finansowych.*”.

### **Odpowiedzialność NFZ za finansowanie tzw. nadwykonań – wprowadzenie**

Zgodnie z art. 15 u.d.l. podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Przepis ten stanowi powtórzenie normy wyrażonej w art. 7 uprzednio obowiązującej u.z.o.z.

W wyroku Sądu Najwyższego z 12 marca 2009 r. sygn. V CSK 272/08 LEX nr 530613 wskazano, że „*zgodnie z art. 56 k.c., czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, z zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Oznacza to, że treść umownego stosunku prawnego może być modyfikowana przez przepisy ustawowe. Do takich przepisów należy zaliczyć przede wszystkim art. 7 u.z.o.z., według którego zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Z kolei, stosownie do art. 30 u.z.l., lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Wymienione przepisy powinny być interpretowane zgodnie z Konstytucją. Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP przyznaje każdemu człowiekowi prawo podmiotowe do ochrony zdrowia, a art. 68 ust. 2 przyznaje każdemu obywatelowi prawo do równego dostępu w granicach określonych ustawami do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (por. wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38, i z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK 2004, nr 1A, poz. 1). (...) Obowiązki wynikające z powołanych przepisów art. 7 u.z.o.z. i art. 30 u.z.l. mają charakter bezwzględny i wyprzedzają ograniczenia wynikające z umów o świadczenia zdrowotne. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego należy zatem, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia (dawniej: właściwą kasą chorych) a świadczeniodawcą i obciążyć nimi Fundusz zarządzający środkami publicznymi, z których powinny one być pokryte. **Określone w umowach limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą zatem sytuacji, w których istnieje konieczność natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia.**”.*

W doktrynie wskazuje się, że ustawowy obowiązek udzielenia pacjentowi świadczeń zdrowotnych w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego nie oznacza obowiązku ponoszenia przez podmiot leczniczy kosztów realizacji tego obowiązku, byłoby to bowiem pozaustawowe

---

<sup>1</sup> Wyrok TK z 20.11.2019 r., K 4/17, OTK-A 2019, nr 67.

nałożenie na świadczeniodawców *sui generis* daniny publicznej, co nie jest dopuszczalne w świetle art. 217 Konstytucji<sup>2</sup>.

Należy przy tym podkreślić, że ani u.d.l. ani u.s.o.z. same nie określają mechanizmu zapłaty za tzw. nadwykonania, niezależnie od mechanizmu finansowania poszczególnych świadczeń, a obowiązek zapłaty przez NFZ podmiotom leczniczym wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad wartość zawartej umowy w okolicznościach wskazanych w art. 15 u.d.l. sądy wywodzą właśnie z art. 56 k.c.

Zatem argument podnoszony w przeszłości przez osoby związane z MZ lub NFZ, wskazujący że u.s.o.z. nie przewiduje mechanizmu zapłaty za nadwykonania w ryczałcie, jest o tyle nietrafiony, że u.s.o.z. w ogóle nie określa zasad zapłaty za świadczenia wykonane ponad liczbę świadczeń wynikającą z zawartej umowy.

W doktrynie pojawiło się stanowisko zgodnie z którym „*ideą stanowiącą podstawę wprowadzenia PSZ oraz finansowania ryczałtowego była stabilność systemu oraz lepsza dostępność do świadczeń. Ustawodawca, skutecznie w tym zakresie, pragnął uniknąć również procesów o tzw. nadwykonania. Zgodnie bowiem z ideą finansowania ryczałtowego tzw. nadwykonania nie mogą mieć miejsca, jeśli wypłata wynagrodzenia jest niezależna od liczby wykonanych świadczeń. W takiej sytuacji zawsze dużym problemem jest stan faktyczny, w którym świadczeniodawca nie wykonuje świadczeń, a otrzymuje wynagrodzenie. Dlatego też ustawodawca bardzo szczegółowo określił sposób wyliczenia ryczałtu, zależny w dużej mierze od poziomu wykonania.*”<sup>3</sup>. Nie można jednak podzielić tego stanowiska z kilku powodów. Po pierwsze zawiera ona w sobie wzajemną sprzeczność. Z jednej bowiem strony w stanowisku tym wskazano, że wypłata wynagrodzenia jest niezależna od liczby wykonanych świadczeń z drugiej jednak przyznano, że sposób wyliczenia ryczałtu, zależny jest w dużej mierze od poziomu wykonania. Po drugie, jeżeli celem wprowadzenia ryczałtu miało być uniknięcie procesów o tzw. nadwykonania to trudno pogodzić to założenie z zapewnieniem pacjentom lepszego dostępu do świadczeń. Ponadto oznaczałoby to de facto zwolnienie NFZ i budżetu państwa z obowiązku finansowania części świadczeń gwarantowanych i przerzucenie ciężaru w tym zakresie na podmioty lecznicze lub ich podmioty właścicielskie, co pozostawiałoby w sprzeczności z art. 68 i 217 Konstytucji. Podmiotami właścicielskimi są również jednostki samorządu terytorialnego. We wspomnianym wyżej wyroku sygn. K 4/17 Trybunał Konstytucyjny podkreślił, że ustawodawca w żadnym z przepisów nie nałożył na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych spoczywa - z mocy ustawy - na władzy centralnej i powinien być realizowany za pośrednictwem NFZ.

Wreszcie nie do pogodzenia z założeniem, że prawodawca działa racjonalnie, byłoby przyjęcie, że podmiotom leczniczym, które nie wchodzą do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje nieograniczone prawo dochodzenia roszczeń z tytułu udzielania świadczeń ponad wartość kontraktu zawartego z NFZ, w warunkach, o których mowa w art. 15 u.d.l., a szpitale wchodzące do tego systemu, w zakresie w jakim udzielane przez nie świadczenia rozliczane są ryczałtem systemu zabezpieczenia,

---

<sup>2</sup> P. Daszkiewicz, W. Daszkiewicz, *Podstawy prawne roszczeń o zapłatę za świadczenia medyczne w stanach nagłych*, „Państwo i Prawo” 2006/1, s. 30–39

<sup>3</sup> A. Pietraszewska-Macheta [w:] I. Kowalska-Mańkowska i in., *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, wyd. IV, Warszawa 2023, art. 136(c); <https://sip.lex.pl/#/commentary/587756141/731106/pietraszewska-macheta-agnieszka-red-ustawa-o-swiadczeniach-opieki-zdrowotnej-finansowanych-ze...> (dostęp: 2026-08-13 15:31)

byłyby takiego prawa pozbawione, pomimo, że to właśnie te podmioty, z uwagi na posiadaną infrastrukturę i zasoby, są głównymi adresatami normy wyrażonej w przywołanym przepisie.

### **Zasady ustalania wysokości ryczałtu dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej**

Zgodnie z art. 159a ust. 1 u.s.o.z. na wniosek Prezesa Funduszu, kierowany do świadczeniodawcy wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1 (*przyp. wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej*), zawierana jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia. Przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań nie stosuje się.

Zgodnie z art. 136c ust. 1 i 3 u.s.o.z. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a, są finansowane w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 2.

Na wstępie należy zauważyć, że chociaż ustawodawca posługuje się pojęciem ryczałtu, to pojęcie to nie jest używane w znaczeniu, w jakim funkcjonuje ono w powszechnym rozumieniu. W rozumieniu słownikowym ryczałt to kwota o ustalonej z góry wysokości, przeznaczona na jakieś wydatki, wyliczona bez podziału na poszczególne pozycje<sup>4</sup>. Tymczasem w przypadku ryczałtu dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej jest bezpośrednio powiązany z liczbą określonych świadczeń zdrowotnych, niewykonanie ryczałtu do poziomu 98% skutkuje jego pomniejszeniem dla świadczeniodawcy w kolejnym okresie rozliczeniowym, co jest szerzej wykazane w dalszej części opinii. Już to jednak wskazuje, że nie mamy do czynienia z ryczałtem w klasycznym tego słowa znaczeniu.

Zgodnie z art. 136c ust. 3 u.s.o.z. przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
  - a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
  - b) cen udzielonych świadczeń,
  - c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;
- 3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Innymi słowy bezpośrednio z u.s.o.z. wynika, że przy ustalaniu wysokości ryczałtu potencjalnie kluczowe znaczenie mają dwa czynniki: możliwości finansowe płatnika oraz liczba sprawozdanych i wykonanych świadczeń (nie tylko przez konkretnego świadczeniodawcę ale również innych świadczeniodawców) w poprzednim okresie.

---

<sup>4</sup> <https://sjp.pwn.pl/sjp/ryczalt;2574584.html>

Sam fakt, że wysokość ryczałtu jest limitowana wysokością środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, nie może sam w sobie być podstawą do przyjęcia, że świadczeniodawcy nie przysługuje roszczenie o zapłatę za tzw. nadwykonania. Projekt i zatwierdzenie planu zakupów należą do wyłącznej kompetencji Prezesa NFZ (art. 131b ust. 1-3 u.s.o.z.). Wysokość środków przewidzianych w planie zakupów na finansowanie świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia jest okolicznością niezależną od świadczeniodawców. Nie do pogodzenia z zasadami państwa prawa oraz z zasadą wyrażoną w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, byłoby przyjęcie założenia, że przywołaną regulacją Narodowy Fundusz Zdrowia byłby zwolniony z odpowiedzialności za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielanych w warunkach określonych w art. 15 u.d.l.

Odnosnie drugiego czynnika, u.s.o.z. nie określa samodzielnie zasad ustalania wysokości ryczałtu.

Zgodnie z art. 136c ust. 6 u.s.o.z. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia,
- 2) wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, o których mowa w art. 136 ust. 2 pkt 2

- mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia.

Co należy podkreślić, wysokość ryczałtu dla podmiotów wchodzących do tzw. sieci szpitali nie została ustalona w oparciu o jakąkolwiek analizę potrzeb zdrowotnych. Ponadto w systemie ochrony zdrowia co do zasady nie funkcjonuje rejonizacja, co oznacza że pacjenci co do zasady mają wybór podmiotu, w którym chcą podjąć leczenie.

W odniesieniu do pierwszego okresu rozliczeniowego (tj. pierwszego okresu rozliczeniowego po wejściu w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która wprowadzała system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) wprowadzono zasadę, że przy ustalaniu ryczałtu uwzględnia się dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być finansowane w formie tego ryczałtu, udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę za rok 2015 z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy. W przypadku gdyby nie było możliwe uwzględnienie danych za rok 2015, za podstawę wyliczenia ryczałtu przyjmowało się dane dotyczące ostatniego roku obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcą lub okresu obowiązywania tej umowy, jeżeli był krótszy niż rok. (art. 5 ustawy nowelizującej). Szczegółowe zasady ustalania wysokości ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy zostały określone w rozporządzeniu z dnia 20 czerwca 2017 r. Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy.

Innymi słowy co do zasady wysokość ryczałtu w pierwszym okresie rozliczeniowym została ustalona w oparciu o liczbę świadczeń udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę za rok 2015. Jest to o tyle istotne, że wysokość ryczałtu w kolejnych latach jest w dużej mierze wypadkową właśnie tej liczby. Na takim założeniu potencjalnie skorzystały te podmioty, które

w 2015 r. wykonały świadczenia ponad wartość umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, czyli miały tzw. nadwykonania, a dla świadczeniodawców, którzy sztywno trzymali się limitów narzuconych przez NFZ liczba jednostek rozliczeniowych, stanowiących podstawę wyliczenia ryczału w kolejnych latach została zamrożona na poziomie z 2015 r. Zasady tworzenia sieci zostały ogłoszone we wrześniu 2016 r.<sup>5</sup>, co oznacza że podmioty lecznicze w momencie zakończenia 2015 r. nie miały wiedzy, że rok ten może być kluczowy dla możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w kolejnych latach. Dla porządku należy nadmienić, że w ostatnich latach Minister Zdrowia kilkakrotnie podejmował decyzję o zwiększeniu wolumenu świadczeń rozliczanych w ramach ryczału, natomiast były to decyzje podejmowane poza standardowym trybem wynikającym z ogólnych zasad ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>6</sup>. Nie miały one jednak charakteru systemowego rozwiązania.

Obecnie zasady ustalania ryczału określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Chociaż akt ten był kilkakrotnie nowelizowany, a w trakcie trwania pandemii COVID-19 czasowo modyfikowano wynikające z niego zasady, podstawowe założenia służące ustaleniu wysokości ryczału nie uległy zmianie. Rozporządzenie to nie zawiera żadnych rozwiązań gwarantujących świadczeniodawcy wzrost ryczału za okres rozliczeniowy, w którym udzielił świadczeń w warunkach wynikających z art. 15 u.d.l. ponad wartość ustalonego na ten okres ryczału. Rozporządzenie przewiduje jedynie potencjalną możliwość zwiększenia wartości kontraktu w kolejnym roku w przypadku wykonania w poprzednim okresie większej niż planowana liczby świadczeń, jednak jest to mechanizm, który nie gwarantuje świadczeniodawcy, że taki wzrost nastąpi. Wysokość wzrostu jest bowiem uzależniona od tego jak zachowywali się inni świadczeniodawcy.

**Ponadto mechanizm ten nie stanowi zapłaty za już wykonane świadczenia, a stanowi jedynie podstawę do podwyższenia wynagrodzenia z tytułu ryczału w związku ze zwiększeniem liczby świadczeń, które będą wykonywane w kolejnym okresie rozliczeniowym. Przy czym uzyskanie tego podwyższenia i jego wysokość zależą od tego czy i w jakim zakresie inni świadczeniodawcy w danym województwie udzielali świadczeń opieki zdrowotnej objętych ryczałem.**

---

<sup>5</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290303/katalog/12380811#12380811>

<sup>6</sup> Dla przykładu, w związku z sytuacją wywołaną pandemią COVID-19, ustawą z dnia 24 lutego 2022 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, w art. 4 tej ustawy wprowadzono zasadę zgodnie z którą przy ustalaniu ryczału systemu zabezpieczenia za okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. uwzględniane były dane dotyczące liczby i rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za okres rozliczeniowy obejmujący 2019 r.. Wprowadzono również przepis upoważniający ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia, sposobu ustalania ryczału systemu zabezpieczenia za okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. Rozporządzeniem z dnia 9 grudnia 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r., dodano przepis zgodnie z którym zmiana zakresu działalności leczniczej, o której mowa w art. 136c ust. 4 u.s.o.z., może dotyczyć wzrostu liczby świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w trakcie obowiązywania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, prowadzącego do przekroczenia liczby jednostek sprawozdawczych uwzględnionych przy ustaleniu wysokości ryczału, przypadających proporcjonalnie na dany okres realizacji umowy w okresie rozliczeniowym. Przepis ten dał podstawę prawną do podwyższenia podmiotom leczniczym liczby jednostek sprawozdawczych w tym okresie, co wywołało skutek zbliżony do częściowej zapłaty za nadwykonania.

Mechanizm ten został wyjaśniony w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia i co do zasady nie uległ istotnym modyfikacjom na przestrzeni ostatnich 10 lat.

Zgodnie z przyjętym założeniem do wzoru dot. obliczenia ryczału na kolejny okres planowania wprowadzono element  $N_l$  (definiowany jako ponadplanowa liczba jednostek sprawozdawczych, obliczana dla świadczeniodawcy  $l$ , jeżeli  $\Delta L_l > 1$ , na podstawie wzoru określonego w § 3 ust. 1 pkt 7, z zaokrągleniem do najbliższej liczby całkowitej, jeżeli dla świadczeniodawcy  $l$  zachodzi  $\Delta L_l \leq 1$ , to przyjmuje się  $N_l = 0$ ). W uzasadnieniu projektu rozporządzenia wskazano, że cyt. „element  $N_l$  ma na celu przydzielenie dodatkowych punktów świadczeniodawcom, którzy w okresie obliczeniowym sprawozdali świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie wyższym niż planowany. Liczba tych ponadplanowych punktów  $N_l +$  jest uzależniona od liczby punktów, które w tym samym okresie były planowane, ale nie zostały sprawozdane  $N_l -$ , wśród świadczeniodawców z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Jeżeli w danym oddziale wojewódzkim Funduszu łączna liczba  $N_l -$  jest wyższa od łącznej liczby  $N_l +$  świadczeniodawcy, który w okresie obliczeniowym sprawozdał świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie wyższym niż planowany, zostaną przydzielone dodatkowe punkty w wysokości wyliczonej dla niego liczby  $N_l +$ . Natomiast, jeżeli w danym oddziale wojewódzkim Funduszu łączna liczba  $N_l -$  będzie niższa od łącznej liczby  $N_l +$ , świadczeniodawcy, który w okresie obliczeniowym sprawozdał świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie wyższym niż planowany, zostaną przydzielone dodatkowe punkty w wysokości wyliczonej dla niego liczby  $N_l +$ , skorygowanej relacją łącznej liczby  $N_l -$ , do łącznej liczby  $N_l +$  w danym oddziale wojewódzkim Funduszu”<sup>7</sup>.

Innymi słowy NFZ dokonuje w kolejnym okresie przesunięcia planowania liczby punktów stanowiących podstawę rozliczenia od świadczeniodawców, którzy nie wykonali umowy na odpowiednim poziomie do świadczeniodawców, którzy w poprzednim okresie wykazali tzw. nadwykonania.

Opisany mechanizm w żaden sposób nie zabezpiecza podmiotów leczniczych przed ryzykiem ponoszenia negatywnych skutków finansowych udzielania świadczeń w warunkach wynikających z art. 15 u.d.l. ale w dużej mierze potwierdza, że ryczałt systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tak naprawdę nie jest ryczałtem. Rozporządzenie zawiera mechanizm negatywnego oddziaływania na świadczeniodawców, jeżeli nie zrealizują odpowiedniej liczby świadczeń w okresie rozliczeniowym. Jest to mechanizm, który chroni Narodowy Fundusz Zdrowia przed zwiększeniem liczby świadczeń, w kolejnym okresie. Co należy podkreślić, jest to mechanizm wprowadzony rozporządzeniem wykonawczym do u.s.o.z., zatem aktem o niższej randze niż przepis, który nakłada na podmioty lecznicze obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ratujących życie lub zdrowie w stanach nagłych.

## Podsumowanie

W obowiązującym stanie prawnym, brak jest podstaw do przyjęcia, że podmiotom leczniczym nie przysługuje roszczenie o zapłatę za udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach określonych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej, jeżeli podmiot leczniczy udzielił świadczeń ponad limit wynikający z umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia,

---

<sup>7</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12301655/12452388/dokument309866.pdf>

nawet jeżeli świadczenie objęte jest ryczałtem systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Sporządziła: r.pr. Bernadeta Skóbel, Kierownik Działu Monitoringu Prawnego i Ekspertyz w Biurze Związku Powiatów Polskich