

Ustawa o działalności leczniczej, która z dniem 1 lipca zastąpi ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, nie jest aktem doskonałym, o czym przekonać się można szczegółowo analizując jej zapisy.

Tylko jako przykład można podać:

- art. 206 ustawy w kontekście rozpoczętego przed dniem wejścia w życie ustawy postępowania likwidacyjnego oraz
- wątpliwości związanych z faktycznym statusem prawnym podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorcami w kontekście takich zagadnień jak przedawnienie roszczeń czy terminy zapłaty w transakcjach handlowych.

Poważne wątpliwości może budzić również kwestia możliwości ustalania opłat od pacjentów z tytułu prowadzenia działalności leczniczej. Ustawa o działalności leczniczej, w dwóch miejscach wskazuje na zasady obowiązujące w tym zakresie.

W art. 24 ust. 1 pkt 12 wskazano, że w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne, inne niż finansowane ze środków publicznych. Przepis ten został zamieszczony w Dziale I „Przepisy ogólne” zatem dotyczy wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Kolejny przepis to art. 45 1 i 2 ustawy, zgodnie z którym wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom innym niż wymienione w art. 44 (*przyp. autora: ubezpieczeni oraz inne osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*) ustala kierownik. Przy ustalaniu wysokości opłaty kierownik uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego. Przytoczony przepis dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami i stanowi w zasadzie powielenie obecnie obowiązującego przepisu art. 34 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieuprawnionym w rozumieniu art. 33 ust. 1 ustala kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w którym świadczenie jest udzielane. Jednocześnie, co warto podkreślić, przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nigdy wprost nie określiły zakazu ustalania opłat przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, które jednocześnie mieściły się w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednak ministerstwo zdrowia (odpowiedź Marka Habera z dnia 17 czerwca 2010 r. na interpretację poselską nr 16158 <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/1165C642>), sądy administracyjne (Wyrok NSA z dnia 1 lutego 2006 r. sygn. II OSK 720/05 Centralna Baza Orzeczeń Sądów Administracyjnych) oraz Najwyższa Izba Kontroli („Informacja o wynikach kontroli opieki nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych i neonatologicznych” Poznań, marzec 2010, [www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)) kwestionowały możliwość ustalania, a co za tym idzie pobierania, opłat z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, wychodząc z założenia, że skoro ustawodawca wskazał, że kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma jedynie prawo ustalać opłaty za świadczenia udzielane osobom nieuprawnionym, wnioskując z przeciwieństwa nie ma on takich uprawnień w stosunku do ubezpieczonych oraz innych osób uprawnionych do świadczeń. W przytoczonej wyżej odpowiedzi na interpelację poselską interpretacja ta została nieco złagodzona, jak można w niej bowiem przeczytać: „powyższe stanowisko utraciło aktualność w związku ze zmianami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wprowadzenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Do czasu wprowadzenia tych regulacji nie było jednoznaczne, jakie świadczenia zdrowotne należą się

ubezpieczonemu. W związku z dookreśleniem tych przepisów oraz w związku z art. 6 ust. 1 i art. 54 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wydaje się dopuszczalne udzielanie przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej odpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej. Trzeba jednak mieć na uwadze, iż dotyczyć to może w stosunku do ubezpieczonych wyłącznie świadczeń spoza koszyka oraz nie może naruszać regulacji kolejkowych".

W związku z powyższym, przy założeniu, że powyższa interpretacja jest prawidłowa sytuacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w omawianym zakresie, będzie taka sama przed jak i po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej.

Problem może natomiast dotyczyć pozostałych podmiotów wykonujących działalność leczniczą po 1 lipca 2011 r. W dotychczasowej praktyce nie budziło wątpliwości, że niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej mogły ustalać i pobierać opłaty z tytułu udzielanych świadczeń, nawet jeżeli w tym samym zakresie podmiot związany był umową z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wprowadzenie art. 24 ust. 1 pkt 12 może ten stan rzeczy zmienić. Literalna wykładania powołanego przepisu może prowadzić do wniosku, że podmiot wykonujący działalność leczniczą będzie mógł określić wysokość opłat za świadczenia inne niż finansowane ze środków publicznych tj. inne rodzajowo niż objęte kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia. Możliwa jest również interpretacja mniej restrykcyjna tzn. że podmiot będzie miał możliwość określenia opłat za świadczenia rodzajowo odpowiadające świadczeniom objętym kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia ale w zakresie wykraczającym poza liczbę zakontraktowanych świadczeń.

Przykład: podmiot zakontraktował 100 świadczeń X finansowanych ze środków publicznych, czemu nie stoi na przeszkodzie pobieranie opłat od pacjenta za świadczenie X pod warunkiem, że nie będzie ono jednocześnie opłacane ze środków publicznych.

Taką interpretację zdaje się potwierdzać Ministerstwo Zdrowia. W oświadczeniu prasowym zamieszczonym w dniu 24 maja 2011 r. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia można przeczytać, że „Przepis art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy ma charakter przepisu technicznego, który określa jakie informacje zawiera regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Wskazuje jedynie (w celu zapewnienia transparentności funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą), że w ww. regulaminie musi być określona wysokość opłat za świadczenia niefinansowane ze środków publicznych (a więc za te, które są finansowane ze środków prywatnych). Dotyczy to także świadczeń, które mogą być objęte kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia, ale w konkretnej sytuacji jego koszty ponosi pacjent". Dalej wskazano cyt. „Powołane przepisy (ani żaden inny) nie zawierają zakazu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków prywatnych pacjentów." Można zauważyć w tym miejscu pewną niekonsekwencję Ministerstwa Zdrowia, z jednej bowiem strony Ministerstwo wskazuje, że żaden przepis nie zawiera zakazu udzielania świadczeń ze środków pacjenta, z drugiej strony wywodzi taki zakaz dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą nie będących przedsiębiorcami, z bardzo podobnie skonstruowanego do art. 24 ust. 1 pkt 12 przepisu art. 45 ustawy o działalności leczniczej (obecnie art. 34 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

Wydaje się, że wątpliwości w tej kwestii powinny zostać usunięte w drodze nowelizacji ustawy.