

Od czasu wprowadzenia sieci szpitali różne osoby reprezentujące Ministerstwo Zdrowia czy Narodowy Fundusz Zdrowia powtarzają jak mantrę, że za nadwykonania w ryczałcie szpitalom będącym w sieci nie przysługuje wynagrodzenie. Twierdzenie to urasta do miana legendy przekazywanej z generacji na generację kolejnych ministrów i urzędników. Tyle, że legenda - nawet wielokrotnie powtarzana - to nadal opowieść fantastyczna.

Zacznijmy od podstaw – kto ma obowiązek finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?

W art. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej 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. Ministrowie i NFZ, a zatem nie szpital, nie właściciel szpitala i wreszcie nie pacjent!

Zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej (dalej 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. Argument, który kiedyś słyszałam, że skoro ustawa nie określa zasad zapłaty za nadwykonania w ryczałcie, to NFZ nie może ich zapłacić, jest o tyle nietrafiony, że ani u.d.l., ani u.s.o.z., nie określają zasad zapłaty za świadczenia ratujące zdrowie lub życie niezależnie od sposobu ich finansowania. To, że NFZ jest zobowiązany do finansowania świadczeń wykonanych w warunkach wynikających z art. 15 u.d.l., jest w dużej mierze zasługą orzecznictwa. W wyroku Sądu Najwyższego z 12 marca 2009 r. sygn. V CSK 272/08 LEX nr 530613 wskazano m.in., że koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonemu w warunkach przymusu ustawowego należy, zgodnie z art. 56 k.c., włączyć do skutków, jakie wywołuje umowa zawarta między Narodowym Funduszem Zdrowia 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.

Nazwijmy coś ryczałtem i zwolnijmy się od odpowiedzialności!

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.*” (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); sip.lex.pl. (dostęp: 2026-08-13 15:31))

Nie można jednak zgodzić się z tym stanowiskiem z kilku powodów. Po pierwsze zawiera ono 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 pozostawałoby w sprzeczności z art. 68 i 217 Konstytucji. Podmiotami właścicielskimi są również jednostki samorządu terytorialnego. W 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.

Ryczałt, który nie jest ryczałtem

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 (<https://sjp.pwn.pl/sjp/ryczalt;2574584.html>). Tymczasem w przypadku ryczałtu dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej jest on bezpośrednio powiązany z liczbą określonych świadczeń zdrowotnych, niewykonanie ryczałtu do poziomu 98% skutkuje jego pomniejszeniem dla świadczeniodawcy w kolejnym okresie rozliczeniowym.

Co istotne, 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. 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 ryczałtu w kolejnych latach została zamrożona na poziomie z 2015 r. Zasady tworzenia sieci zostały ogłoszone we wrześniu 2016 r., 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.

Obecnie zasady ustalania ryczałtu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Mechanizm przewidziany w rozporządzeniu 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. Sposób ustalania ryczałtu zawiera w sobie mechanizm negatywnego oddziaływania na świadczeniodawców, jeżeli nie zrealizują odpowiedniej liczby świadczeń w okresie rozliczeniowym. Innymi słowy, zrealizujesz mniej świadczeń, masz zmniejszenie kontraktu, zrealizujesz więcej, nie masz pewności, że ryczałt się zwiększy.

Jeden wyrok wiosny nie czyni

W orzecnictwie znalazłam jeden wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 4 grudnia 2019 r. sygn. I ACa 323/19 (orzeczenia.ms.gov.pl), który był niekorzystny dla szpitala. Analiza uzasadnienia do wyroku wskazuje jednak, że skład orzekający w sprawie chyba nie rozumiał (albo nie zostało mu to wyjaśnione dostatecznie przez stronę powodową), jak działa ryczałt szpitalny oraz jak wygląda sprawozdawczość szpitala do NFZ dotycząca świadczeń rozliczanych ryczałtem sieciowym. Rozłożenie tego wyroku na czynniki pierwsze będzie omówione w kolejnym artykule.

Poza tym praktyka, również ta z obszaru ochrony zdrowia pokazuje, że orzecznictwo kształtuje się przez lata. Jeden wyrok to jeszcze nie linia orzecnicza. Może warto wrócić do praktyki minionych lat i zacząć pozywać Narodowy Fundusz Zdrowia.

Dla zainteresowanych w załączniku do artykułu jest szersza analiza prawna dotycząca nadwykonań w ryczałcie.