

Zielona Góra, dnia 18 października 2021 r.



Pan Piotr Bromber Wiceminister Zdrowia  
Podsekretarz Stanu Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

Podmiot wnoszący petycję:



RPM/257521/2021 P  
Data: 2021-12-28  
ID: 00890208545081

## PETYCJA

w przedmiocie:

o wystąpienie do właściwych organów z wnioskiem o podjęcie inicjatywy ustawodawczej w sprawie zmiany przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285*)

Działając na podstawie przepisów art. 2 ust. 1-3 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach (*t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 870*), wnoszę petycję do Pana jako **Wiceministra Zdrowia**, składając ją w interesie **publicznym** i jednocześnie w interesie **wnoszących petycję**, o wystąpienie przez Pana z wnioskiem do właściwych organów, a w szczególności do Rady Ministrów, o podjęcie inicjatywy ustawodawczej w sprawie zmiany ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285*), zwanej dalej: „ustawą o świadczeniach” w zakresie tych jej przepisów, które wyłączają możliwość refinansowania ze środków publicznych bezpośrednio świadczeniobiorcy, na jego wniosek, kosztów leczenia prywatnego w Polsce poniesionych przez samego świadczeniobiorcę, poprzez:

wprowadzenie wyraźnej podstawy prawnej przyznającej świadczeniobiorcy, podejmującemu leczenie prywatne w Polsce, uprawnienia do wystąpienia do organu Narodowego Funduszu Zdrowia z bezpośrednim wnioskiem o zwrot kosztów leczenia w sytuacji wymagającej leczenia operacyjnego w trybie pilnym i w stanach nagłych oraz gdy wykonanie planowanego leczenia skutkowałoby trwałym i nieodwracalnym okaleczeniem bądź śmiercią zaś świadczenia udzielone ubezpieczonemu w ramach leczenia prywatnego w Polsce kwalifikują się jako świadczenia gwarantowane w trybie publicznym.

### Uzasadnienie

Przedmiotem petycji jest postulowanie zmiany przepisów ustawy o świadczeniach w zakresie, w jakim przepisy tej ustawy wyłączają możliwość bezpośredniego refinansowania ze środków publicznych kosztów leczenia prywatnego w Polsce poniesionych przez samego świadczeniobiorcę - w dwóch następujących sytuacjach:

- 1) w sytuacji wymagającej leczenia operacyjnego w trybie pilnym i w stanach nagłych ze względu na bezpośrednie i nagłe zagrożenie stanu zdrowia, uzasadnionej zbyt długim czasem oczekiwania na świadczenia udzielane w placówkach działających na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia wobec tempa rozwoju choroby, prowadzącym do utraty zdrowia;
- 2) w sytuacji, gdy wykonanie planowanego leczenia w trybie publicznym skutkowałoby trwałym i nieodwracalnym okaleczeniem bądź śmiercią, zaś świadczenia udzielone ubezpieczonemu w ramach leczenia prywatnego kwalifikują się jako świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia publicznego.

W obecnym stanie prawnym na podstawie przepisów zawartych w art. 19 ustawy o świadczeniach, w brzmieniu obowiązującym do 31 sierpnia 2020 r., w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej powinny być udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie (ust. 1). W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie (ust. 2). W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę (ust. 3). Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej (ust. 4). W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wnioski do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych (ust. 5).

Przepis art. 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach, w brzmieniu obowiązującym do 31 sierpnia 2020 r., upoważniał dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do rozpatrywania indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, do których zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń.

W myśl przepisu art. 42a ustawy o świadczeniach, w brzmieniu obowiązującym do 31 sierpnia 2020 r., Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych **poza granicami kraju**: na zasadzie zwrotu kosztów, o którym mowa w art. 42b o świadczeniach (pkt 1); zgodnie z przepisami o koordynacji (pkt 2); na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o których mowa w art. 42i ust. 2 i 9, albo decyzji Prezesa Funduszu, o których mowa w art. 42j ust. 1 i 2 (pkt 3). Z kolei na podstawie przepisu art. 42b ustawy o świadczeniach, świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, **udzielenego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG**, zwanego dalej „zwrotem kosztów”.

Ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. z 2020 r. poz. 1493), zwaną dalej: „ustawą zmieniającą w COVID-19”, znowelizowano przepisy ustawy o świadczeniach, zmieniając m.in. przepisy art. 19 ust. 4 oraz 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach, które weszły w życie z dniem 1 września 2020 r. Treść normatywna znowelizowanych przepisów, przytoczonych w zdaniu poprzednim, z punktu widzenia przedmiotu petycji nie wprowadziła jednak zmian co do podmiotu uprawnionego do wystąpienia z wnioskiem o refundację kosztów leczenia prywatnego w kraju w stosunku do treści przepisów zmienionych, leżących u podstaw ugruntowanego kierunku orzeczniczego, o którym poniżej.

I tak, zgodnie z treścią znowelizowanego przepisu art. 19 ust. 4, w brzmieniu nadanym ustawą zmieniającą w COVID-19, świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma **prawo do wynagrodzenia** za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie **nagłym**. Wynagrodzenie to obejmuje wyłącznie uzasadnione koszty świadczeń opieki zdrowotnej, których wartość nie może przekroczyć kwoty, o której mowa w art. 42c ust. 1 ustawy o świadczeniach, udzielonych w sytuacji braku możliwości transportu pacjenta, ze względu na przeciwwskazania medyczne, do

świadczeniodawcy posiadającego taką umowę, albo koszty przygotowania pacjenta do transportu do świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz koszty tego transportu, jeżeli świadczeniodawca takie koszty poniósł. Przepis ust. 5 powołanego artykułu, regulujący kwestię **podmiotu uprawnionego do wystąpienia z wnioskiem** w celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, **nie został zmieniony**.

Z kolei przepis art. 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach w następstwie znowelizowania uzyskał brzmienie, zgodnie z którym to Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia przyznano kompetencję do rozpatrywania indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, do których zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń.

W rozstrzygnięciach wydawanych przez organy właściwe do rozpoznawania indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w sprawach rozstrzyganych na gruncie przepisów w brzmieniu sprzed wskazanej nowelizacji, powszechnie zajmowane było stanowisko, że ustawa o świadczeniach **nie daje** podstawy prawnej do **refinansowania kosztów leczenia bezpośrednio świadczeniobiorcy**, a świadczeniobiorcę i Narodowy Fundusz Zdrowia **nie łączy** żaden stosunek administracyjnoprawny, co uzasadnia decyzje wydawane przez właściwe organy umarzające postępowania w tego typu sprawach jako bezprzedmiotowe. Pogląd wyrażany przez te organy, zgodnie z którym – w myśl powołanych wyżej przepisów – z wnioskiem o zwrot kosztów za leczenie przeprowadzone w trybie prywatnym, mógłby wystąpić wyłącznie świadczeniodawca udzielający tych świadczeń, był wielokrotnie podzielany w orzecznictwie sądów administracyjnych, w tym przez Naczelny Sąd Administracyjny, i został ugruntowany (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 stycznia 2018 r., sygn. akt: II GSK 5269/16; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 czerwca 2016 r., sygn. akt: VI SA/Wa 791/16; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 23 kwietnia 2014 r., sygn. akt: VI SA/Wa 2815/13).

Wymaga przy tym zauważenia, że w tego rodzaju sprawach, rozpoznawanych przez sądy administracyjne, wielokrotnie podnoszono zarzuty niekonstytucyjności powołanych przepisów wykładanych przez sądy administracyjne w jednakowym kierunku, prowadzącym do przyjęcia, że ustawa o świadczeniach **nie zna instytucji refundacji kosztów leczenia bezpośrednio świadczeniobiorcy** (tak w uzasadnieniu wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 czerwca 2016 r., sygn. akt: VI SA/Wa 791/16: „(...) W niniejszej sprawie organy obu instancji słusznie uznały, że zaistniała bezprzedmiotowość orzekania w sprawie. Skarżący domagał się zwrotu poniesionych kosztów leczenia, zakupionych leków i wyrobów medycznych oraz kosztów dojazdów na wizyty lekarskie. Tymczasem, co wynika z obszernego wywodu prawnego reprezentowanego w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji ustawa o świadczeniach nie zna instytucji refundacji kosztów leczenia bezpośrednio świadczeniobiorcy. We wskazanym zakresie nie istnieje bowiem stosunek administracyjnoprawny pomiędzy osobą domagającą się zwrotu kosztów, a którymkolwiek z organów wymienionych w ustawie o świadczeniach. W myśl art. 19 ww. ustawy w przypadku, gdy świadczenie opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie, natomiast świadczeniodawca ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy. Wbrew twierdzeniom skarżącego organy rozstrzygające sprawę działały w granicach prawa (art. 6 KPA), **nie doszło też do naruszenia konstytucyjnego prawa obywatela do ochrony zdrowia**. Okoliczność, że czas oczekiwania wyznaczony skarżącemu na zabieg operacyjny stawu biodrowego byłby za długi i oczekiwanie w kolejce przyczyniłoby się do pogorszenia zdrowia, nie może stanowić podstawy do zwrotu przez Narodowy Fundusz Zdrowia poniesionych kosztów leczenia, skoro nie przewiduje tego wyraźny przepis prawa. Przepis art. 109 ustawy o świadczeniach upoważnia Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do wydania decyzji w zakresie indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, do których zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz ustalenia prawa do świadczeń. Jednakże na podstawie tego przepisu organ **nie może orzekać w przedmiocie refundacji poniesionych kosztów leczenia na wniosek świadczeniobiorcy**, który wyłożył na to środki pieniężne. Stanowisko sądów administracyjnych (powoływany przez organ wyrok NSA z 30 marca 2006r. II GSK 403/05 i wyrok WSA z dnia 23 kwietnia 2014 r. sygn. akt VI SA/Wa 2815/13) jest w tym względzie jednoznaczne, natomiast powoływany przez skarżącego wyrok NSA z 24 października 2006r., sygn. akt: I FSK 93/06, wyrok SN z (...) lutego 2000r. I CKN 969/18 i zapadły w odmiennym stanie faktycznym i prawnym i nie mają w niniejszej sprawie zastosowania. Z tych wszystkich

względów uznając skargę za niezasadną Sąd na mocy art. 151 PostAdmU orzekł o jej oddaleniu.”).

Istotnym powodem wystąpienia z niniejszą petycją jest również zastany problem nieznaidowania przez sądy administracyjne podstaw do wystąpienia z pytaniem prawnym do Trybunału Konstytucyjnego co do zgodności przepisów art. 19 ust. 2 oraz 109 ust. 1 czy innych ustawy o świadczeniach z art. 2 oraz art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji RP.

Wykładnia przepisów art. 6 pkt. 4, art. 14, art. 15 ust. 1 i ust. 2 pkt. 3 i 12), art. 19 ust. 1, ust. 2 i ust. 4 oraz art. 109 ust. 1 ustawy o świadczeniach dokonywana w praktyce orzeczniczej organów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w judykaturze sprowadza się zasadniczo do jednakowego przyjmowania, że świadczeniobiorcy nie przysługuje bezpośrednio zwrot poniesionych kosztów leczenia w kraju lub wykonania badań. Skutkuje to uznawaniem braku podstaw prawnych do bezpośrednich rozliczeń finansowych między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniobiorcą i w konsekwencji umarzaniem postępowań przez organy Narodowego Funduszu Zdrowia wobec ich bezprzedmiotowości, a dalej oddalaniem skarg wnoszonych do sądów administracyjnych od decyzji utrzymujących w mocy decyzje umarzające postępowania. Zaprezentowany kierunek orzeczniczy oznacza, że taki świadczeniobiorca nie ma możliwości refinansowania poniesionych przez niego kosztów leczenia w trybie prywatnym, mimo że te znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych.

W orzecznictwie nie jest dostrzegana słuszność odejścia od wykładni literalnej przepisu art. 19 ustawy o świadczeniach przez względy celowościowe ani podnoszony w skargach do sądów administracyjnych problem wątpliwości, jakie nastrocza interpretacja powołanych przepisów oraz wątpliwości co do ich zgodność z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej.

Refinansowanie leczenia prywatnego jest świadczeniem służącym choćby częściowemu pokryciu wydatków wynikających z konieczności zapewnienia leczenia w przypadkach nagłych zagrażających zdrowiu lub życiu ubezpieczonego. Wobec tak wyznaczonego celu nie sposób bezkrytycznie zaaprobować pogląd, że tego rodzaju finansowanie może otrzymać wyłącznie świadczeniodawca na swój wniosek.

W petycji pragnę zasygnalizować problem zróżnicowania gwarancji praw pacjentów w sferze ochrony zdrowia na terenie państw członkowskich Unii Europejskiej (dalej: „UE”) i państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (dalej: „EOG”) oraz na poziomie krajowym. Zwracam uwagę na występującą rozbieżność sytuacji świadczeniobiorców korzystających z leczenia na terenie kraju względem świadczeniobiorców leczących się w trybie opieki transgranicznej, co rodzi pytanie o dyskryminację pierwszych względem drugich. Problem dyskryminacji ma wymiar praktyczny. Wykreowana sytuacja, w której świadczenia udzielane w trybie opieki prywatnej na terenie kraju nie podlegają refundacji i bezpośrednim rozliczeniom między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniobiorcą, stanowi przejaw dyskryminacji obywateli korzystających ze świadczeń na terenie kraju wobec tych, którzy korzystają ze świadczeń w trybie opieki transgranicznej. W publikacji *Skutki dyrektywy o stosowaniu praw pacjenta w opiece transgranicznej w zakresie uprawnień pacjentów, zobowiązań świadczeniodawców oraz w sferze organizacji, koordynacji i finansowania świadczeń*, str. 294-296 [w:] *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2014* zwraca się uwagę, że w przypadku tych drugich dokonywanie rozliczeń za świadczenia udzielane poza publicznym systemem ochrony zdrowia na terenie krajów UE i EOG jest bowiem możliwe i nie ma w tym wypadku znaczenia status formalnoprawny świadczeniodawcy. Zgodnie natomiast z zasadą prawa brzmiącą: „Jeśli wolno więcej, to tym bardziej wolno mniej” – możliwe powinno być także refinansowanie świadczeń udzielonych poza systemem kontraktowania udzielonych pacjentowi w kraju. Skoro więc pacjent może ubiegać się o świadczenie prywatne za granicą, to tym bardziej powinien móc je uzyskać w kraju, przynajmniej na takich samych zasadach, jak w trybie opieki transgranicznej<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Anna Mokrzycka, Iwona Kowalska, Katarzyna Badora-Musiał, Maciej Rogala, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, aktualne problemy finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, str. 294-296 [w:] *Skutki dyrektywy o stosowaniu praw pacjenta w opiece transgranicznej w zakresie uprawnień pacjentów, zobowiązań świadczeniodawców oraz w sferze organizacji, koordynacji i finansowania świadczeń* [w:] *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2014*; 12 (3): 284-296, [www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarządzanie](http://www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarządzanie); DOI 10.4467/20842627OZ.14.029.3447

Ugruntowana dotąd w orzecznictwie sądów administracyjnych wykładnia analizowanych przepisów ustawy o świadczeniach, aprobująca stanowiska zajmowane w rozstrzygnięciach Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, a następnie podzielana przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, prowadzi do **osłabienia pozycji pacjenta** korzystającego z odpłatnych świadczeń zdrowotnych w kraju względem pacjenta korzystającego z opieki prywatnej **poza granicami kraju**. Uzasadnia to zgłaszane argumenty odnośnie naruszania w takim wypadku zagwarantowanego w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a – w przypadku osób w **podeszłym wieku** – prawa do uzyskania **szczególnej** opieki zdrowotnej zagwarantowanego w przepisie art. 68 ust. 4 Konstytucji RP.

Celowość regulacji prowadzi do wniosku, że istnieje konieczność zapewnienia pacjentowi możliwości uzyskania refundacji świadczenia udzielonego mu w prywatnym podmiocie leczniczym w **jakimkolwiek kraju** członkowskim UE **na takich samych zasadach, nie wykluczając Polski**. Głównym celem i założeniem tych regulacji jest bowiem zagwarantowanie świadczeniobiorcy prawa do świadczeń zdrowotnych w niezbędnym zakresie udzielonych w stanie nagłym przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W kontekście więc wynikającej z przepisu art. 42a ustawy o świadczeniach zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju opartej o zwrot kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonym na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG oraz sposobu dokonywania rozliczeń kosztów opieki transgranicznej poniesionych najpierw przez świadczeniobiorcę za uzyskane świadczenie w zagranicznej placówce medycznej, a zwracanych następnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia **bezpośrednio świadczeniobiorcy** w wysokości odpowiadającej kwocie refundowanej na terenie kraju, **brak takiego rozwiązania** w przypadku świadczenia uzyskanego na terenie kraju w trybie prywatnym, **sprzeciwia się wykładni celowościowej** powołanych wyżej przepisów. W rezultacie prowadzi do sytuacji, w których w określonych okolicznościach świadczeniobiorcy, nawet ci znajdujący się w stanach nagłych, nie mogą uzyskać sfinansowania świadczenia w jednostkach, które nie podpisały z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy, przy jednoczesnym zapewnieniu możliwości refundacji kosztów poniesionych w tym przypadku na terenie państwa członkowskiego UE lub EOG innego niż Rzeczpospolita Polska. Cel przeciwny natomiast jest usytuowany w szerszej wykładni przepisów ustawy o świadczeniach – ukierunkowanej na zapewnienie równowagi praw pacjentów na całym terytorium UE i EOG. Kierunek interpretacji, zgodnie z którym, aby uzyskać z Narodowego Funduszu Zdrowia zwrot kosztów poniesionych na świadczenie zdrowotne **bezpośrednio przez świadczeniobiorcę**, opieka musi być realizowana w kraju innym niż kraj nabycia uprawnienia, a więc w przypadku polskiego pacjenta nie może być zrealizowana w Polsce u świadczeniodawcy nieposiadającego podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, narusza kluczowe zasady prawa pacjenta, w tym gwarantowane Konstytucją RP.

Sytuacja, w której możliwe byłoby finansowanie świadczenia udzielonego przez świadczeniodawcę prywatnego na terenie państwa członkowskiego UE lub EOG innego niż Rzeczpospolita Polska, a niemożliwe jest refinansowanie świadczenia udzielonego przez świadczeniodawcę nieposiadającego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia na terenie kraju, oznacza, że pacjenci leczący się za granicą za to samo świadczenie otrzymają zwrot poniesionych na nie kosztów w wysokości przewidzianej przepisami prawa, podczas gdy pacjenci decydujący się na leczenie w kraju w trybie prywatnym, nawet w stanie nagłym w szczególności przy świadczeniach **koniecznych dla ratowania życia i zdrowia oraz „pilnych”**, nie mogą liczyć na refundację poniesionych przez siebie kosztów. Uznać to należy za niezgodność z Konstytucją RP i wykładnią celowościową przepisów ustawy o świadczeniach.

Co przy tym istotne, ugruntowana w orzecznictwie administracyjnym interpretacja analizowanych przepisów ustawy, wykluczająca administracyjny tryb dochodzenia ewentualnych roszczeń bezpośrednio przez świadczeniobiorców z tytułu odmowy zwrotu kosztów leczenia, jest niekorzystna dla pacjentów korzystających ze świadczeń udzielonych w podmiotach prywatnych w kraju względem pacjentów korzystających z tych świadczeń za granicą. Co więcej pozbawieni są oni możliwości dochodzenia swych roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

Realizacja równości osób w ochronie zdrowia, która zakłada równe traktowanie obywateli państw członkowskich UE w dostępie do świadczeń, wymaga określonych gwarancji wynikających z krajowych systemów zabezpieczenia społecznego. Ugruntowana w orzecznictwie sądów interpretacja przepisów ustawy o świadczeniach w tym zakresie ich nie udziela.

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że skoro ustalenie prawa do świadczenia skutkuje możliwością pokrycia kosztów leczenia, to brak możliwości uzyskania ich zwrotu w przypadku poniesienia ich bezpośrednio przez świadczeniobiorcę w okoliczności przysługiwania prawa do świadczenia stanowi o nierównym dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osób korzystających ze świadczeń gwarantowanych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej względem osób korzystających ze świadczeń gwarantowanych poza nim na terenie UE lub EOG, co narusza art. 68 ust. 2 Konstytucji RP.

W świetle całokształtu argumentów, uzasadnione jest wnioskowanie, że rozwiązanie prawne przyjęte w ustawie o świadczeniach w zakresie dostępu i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych nie dotyczy wszystkich obywateli w równy sposób. Rodzi to w konsekwencji obiektywnie wątpliwości dyktujące nie tylko potrzebę, a wręcz konieczność zainicjowania zmian prawnych zmierzających do zrównania sytuacji świadczeniobiorcy ubiegającego się o refinansowanie kosztów leczenia prywatnego w Polsce, któremu – w obecnym stanie prawnym – przepisy ustawy o świadczeniach nie przyznają uprawnienia do wystąpienia do organu Narodowego Funduszu Zdrowia o zwrot kosztów leczenia prywatnego w Polsce, i sytuacji ubiegającego się o zwrot kosztów leczenia poniesionych za granicą w trybie opieki transgranicznej.

Rozwiązanie prawne, zgodnie z którym to wyłącznie świadczeniodawcy przysługuje wynagrodzenie za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym, nie jest podyktowane względami racjonalnymi i celowościowymi. Skoro świadczeniodawca, jako podmiot profesjonalny w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest w stanie ocenić czy udzielone świadczenie opieki zdrowotnej miało miejsce w warunkach stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego lub czy zachodził przypadek pilny, to brak jest racjonalności

w rozwiązaniu, które wyłącza możliwość ubiegania się przez świadczeniobiorcę o zwrot kosztów leczenia w oparciu o dokumenty potwierdzające taki przypadek, choćby pilny, w szczególności zaświadczenie czy opinię świadczeniodawcy.

Wątpliwości co do sprzeczności wskazywanych przepisów o świadczeniach z Konstytucją RP są dostrzegane powszechnie, gdyż były niejednokrotnie podnoszone w skargach do sądów administracyjnych w sprawach o tego rodzaju stanie faktycznym i prawnym, a także zostały zauważone już wcześniej w publikacjach.

Przepisy prawne, jako że w toku stosowania prawa przez sądy podlegają procesowi zmierzającemu do ustalenia treści normy prawnej, często są odmiennie interpretowane. Jednolita interpretacja nie oznacza jednak, że regulacje prawne spełniają zamierzone cele. Przeprowadzona analiza stosowania przepisów o świadczeniach w kontekście zróżnicowania sytuacji podmiotów ubiegających się o refundację kosztów leczenia ze względu na terytorium, prowadzi do wniosku, że przepisy te nie spełniają swojej funkcji i nie są prawidłowo wykorzystywane, a to z uwagi na sytuacje, w których świadczeniodawcy, niemający kontraktu z funduszem, nie korzystają z dobrodziejstwa z art. 19 ustawy o świadczeniach.

Powyższe dyktuje konieczność zmiany ustawodawczej przepisów o świadczeniach, głównie art. 19 ustawy o świadczeniach, w których niejako brakuje instytucji refinansowania kosztów leczenia w trybie prywatnym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej bezpośrednio świadczeniobiorcy, który sfinansował takie leczenie.

Zgłaszany postulat wynika z wadliwego systemowego rozwiązania, które – w świetle ugruntowanego kierunku orzeczniczego, który nie spotyka się z odmiennymi ocenami prawnymi przedmiotowego problemu – nie daje możliwości orzekania w przedmiocie refundacji kosztów leczenia prywatnego na wniosek świadczeniobiorcy, który je pokrył, w sytuacji gdy leczenie takie nie miało charakteru transgranicznego.

*Mając na względzie powyższe argumenty, postuluję zmianę ustawy o świadczeniach w ten sposób, by zapewnić świadczeniobiorcy bezpośrednią możliwość ubiegania się o refinansowanie kosztów leczenia prywatnego w Polsce.*