



# *Acta Juris Stetinensis*

2023, nr 5 (vol. 46), 99-113  
ISSN (print) 2083-4373 ISSN (online) 2545-3181  
DOI: 10.18276/ais.2023.46-07



Michał Michalski  
mgr  
Uniwersytet Szczeciński  
e-mail: [michal.michalski@phd.usz.edu.pl](mailto:michal.michalski@phd.usz.edu.pl)  
ORCID: 0000-0002-7159-1755



## **Ochrona interesu prawnego pacjenta w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wykonywana za pomocą uprawnień kontrolnych Narodowego Funduszu Zdrowia**

### **Streszczenie**

Celem pracy było zbadanie ochrony prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zapewnianej przez uprawnienia kontrolne NFZ realizujące określone standardy konstytucyjne zawarte w treści art. 68 ust. 2 Konstytucji. Przy opracowaniu artykułu zastosowano metodologię doktrynalną, tj. opartą na analizie stanowisk przedstawicieli doktryny prawniczej prezentowanych w literaturze przedmiotu, oraz metodologię jureddyczną polegającą na analizie orzecznictwa polskich sądów, w tym Trybunału Konstytucyjnego. W celu wykazania wpływu praktycznego uprawnień kontrolnych NFZ przeprowadzono również analizę sprawozdań z działalności NFZ za lata 2020 i 2021 oraz strategii NFZ. Przeprowadzone rozważania wykazały, że uprawnienia kontrolne NFZ realizują standardy konstytucyjne NFZ poprzez zapewnienie pacjentom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, umożliwiając bezpośrednią reakcję na wykryte nieprawidłowości i przywrócenie prawidłowej realizacji standardów i norm zakodowanych w treści art. 68 ust. 2 Konstytucji.

**Słowa kluczowe:** NFZ, kontrola, art. 68 ust. 2 Konstytucji, standardy kontrolne świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, prawa pacjenta

## Wprowadzenie

Wydawać by się mogło, że ochrona interesu pacjenta została uregulowana kompleksowo jedynie w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>1</sup>. Nic bardziej mylnego. Oczywiście przepisy wskazanej wyżej ustawy określają wiele praw pacjenta oraz obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związanych z prawami pacjenta, w tym m.in.: prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej<sup>2</sup>, prawo do informacji<sup>3</sup>, prawo do dokumentacji medycznej<sup>4</sup> czy też prawo do tajemnicy informacji<sup>5</sup>. Prawa te nie są jedynymi gwarantowanymi pacjentowi. W rozumieniu ustawy pacjentem jest osoba zwracająca się o świadczenia zdrowotne lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny (art. 3 pkt 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Pacjentem jest zatem każda osoba fizyczna zwracająca się lub zgłaszająca się o udzielenie świadczenia zdrowotnego, bez względu na to, czy jest ona chora, czy też nie<sup>6</sup>.

### Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Prawa pacjenta są również gwarantowane na poziomie konstytucyjnym<sup>7</sup>. Jako przykład można wskazać prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1 Konstytucji), które dotyczy każdej osoby. Ponadto w ust. 2 art. 68 Konstytucji wskazuje się, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, przy czym warunki i zakres udzielania owych świadczeń określa odrębna

---

1 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r., poz. 849, z 2022 r., poz. 64, 974).

2 J. Zajdel-Calkowska, *Prawo medyczne*, Warszawa 2019, s. 27–37.

3 D. Hajdukiewicz, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd informacyjny*, Warszawa 2019, s. 56–75.

4 A. Klich, *Wybrane zagadnienia prawne elektronicznej dokumentacji medycznej*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2017, nr 1, s. 351–360. DOI: 10.18276/epu.2017.126/2-35 (dostęp 27.11.2022).

5 A. Fiutak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2016, s. 49–52.

6 M. Czerwińska, *Specyfika zachowań e-pacjenta w Internecie*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” 2015 nr 38, s. 343–344, YADDA: bwmeta1.element.ekon-element-000171405403 (dostęp 27.11.2022).

7 T. Rek, D. Hajdukiewicz, *Lekarz a prawa pacjenta. Poradnik prawny*, Warszawa 2016, s. 1.

ustawa<sup>8</sup>. W przypadku dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych ustawodawca zdecydował się jednak na zapewnienie dostępu do nich jedynie obywatelom, tym samym nie gwarantując tego prawa obcokrajowcom czy apatrydom<sup>9</sup>. Przepisy te nie stoją względem siebie w sprzeczności, albowiem przestrzeganie prawa do ochrony zdrowia nie oznacza jednocześnie tego, że każda osoba nieposiadająca obywatelstwa polskiego będzie uprawniona do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Powyższe uregulowania nie oznaczają również, że takie prawo nie jest zapewniane wcale żadnej osobie nieposiadającej obywatelstwa polskiego. Ustawodawca zdecydował się bowiem na uregulowanie kwestii świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W treści art. 2 wskazuje się, że do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przedmiotowej ustawie mają prawo m.in. osoby, które uzyskały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą na pobyt czasowy, spełniające kryterium dochodowe oraz osoby nieposiadające obywatelstwa polskiego, posiadające uprawnienia udzielone na zasadach określonych odrębnymi przepisami i umowami międzynarodowymi. Świadczeniobiorcami są zatem nie tylko obywatele Rzeczypospolitej Polskiej, lecz także osoby nieposiadające takiego obywatelstwa. Powyższe rozważania wykraczają jednak znacząco poza ramy tematyczne niniejszej pracy, w związku z tym w artykule przyjęto, że definicja „pacjenta” zostanie ograniczona do osoby posiadającej obywatelstwo polskie, uprawnionej do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Pojęcie pacjenta będzie używane zamiennie ze „świadczeniobiorcą”.

Utożsamiając pacjenta posiadającego polskie obywatelstwo z obywatelem, o którym mowa w treści art. 68 ust. 2 Konstytucji, należy wskazać, że jednym z głównych praw pacjenta jest prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Adresatem normy zakodowanej w treści przepisu art. 68 ust. 2 Konstytucji jest z kolei władza publiczna<sup>10</sup>. To na niej spoczywa obowiązek stworzenia systemu zapewniającego każdemu obywatelowi równy dostęp do świadczeń

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r., poz. 1285, 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427, 2469, z 2022 r., poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1079, 1265, 1352, 1700, 1855, 2140).

<sup>9</sup> A. Stosur, *Artykuł 68 ust. 2 Konstytucji RP jako podstawa prawna zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych – wprowadzenie do tematyki*, w: A. Goździalska, J. Jaśkiewicz (red.), *Troska o zdrowie w aspekcie społecznym*, Kraków 2015, s. 13.

<sup>10</sup> J. Węgrzyn, *Realizacja normy programowej wynikającej art. 68 ust. 4 Konstytucji RP w stanie epidemii COVID-19 (uwagi ogólne)*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2021, nr 3, s. 148–158, DOI: <https://doi.org/10.15804/ppk.2021.03.09> (dostęp 27.11.2022).

zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych. Władza publiczna ma co do zasady dowolność w kształtowaniu systemu. Jest ona jednak ograniczona przez określone konstytucyjne standardy, które muszą być spełnione, aby zapewnić ochronę interesu prawnego pacjentów w dostępie do przedmiotowych świadczeń. W wyroku z dnia 7 stycznia 2004 roku (sygn. akt K 14/03)<sup>11</sup> Trybunał Konstytucyjny określił następujące standardy:

- konieczność zapewnienia istnienia mechanizmów pozwalających na gromadzenie i wydatkowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych (standard 1),
- świadczenie zdrowotne finansowane ze środków publicznych ma być dostępne dla obywateli, przy czym dostępność ta ma mieć charakter rzeczywisty, a nie jedynie deklarowany przez ustawodawcę (standard 2),
- dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej (standard 3),
- precyzyjne, jednoznaczne oraz funkcjonalne skonstruowanie systemu ochrony zdrowia (standard 4),
- zapewnienie skutecznej kontroli podmiotów, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (standard 5),
- tworzenie pewności beneficjentów systemu opieki zdrowotnej (standard 6),
- zapewnienie związanej z formą ustawy stabilności katalogu świadczeń finansowanych ze środków publicznych (standard 7),
- niedopuszczalność wykreowania całkowicie rynkowego systemu ochrony zdrowia (standard 8),
- tworzenie systemu opieki zdrowotnej w drodze ustawy (standard 9)<sup>12</sup>.

W doktrynie prawa wyróżnić można różne modele funkcjonowania systemu finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, z czego najbardziej wyróżniającymi są: model ubezpieczeniowy, model budżetowy oraz model mieszany<sup>13</sup>. Model ubezpieczeniowy, nazywany również modelem Bismarcka, zakłada, że system opieki zdrowotnej finansowany będzie ze składek płaconych przez pracownika lub pracodawcę poprzez uiszczenie określonych składek z uzyskanych

<sup>11</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., Lex nr 82910.

<sup>12</sup> L. Bosek, J. Raszkievicz, *Konstytucyjne uwarunkowania systemu udzielania świadczeń zdrowotnych*, w: D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *Organizacja systemu ochrony zdrowia. System prawa medycznego. Tom 3*, Warszawa 2020, <https://sip.legalis.pl/documentview.seam?documentId=mjxw62zogi3damrvhe3tanzomfrxilrsgq4tgmjooobqalrsgu4tenq#> (dostęp 27.11.2022).

<sup>13</sup> P. Białynicki-Birula, *Funkcjonowanie współczesnych modeli ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2007, nr 759, s. 5–21, YADDA: bwmeta1.element.ekon-element-000157029888 (dostęp 27.11.2022).

dochodów<sup>14</sup>. Podmiot pobierający składki nie ma być nastawiony na osiągnięcie zysków, ale ma gromadzić i opłacać składki, zapewniając dostęp do realizowanych świadczeń. Zakłada się przy tym istnienie więcej niż jednego podmiotu dysponującego finansami publicznymi z uwzględnieniem konkurencyjności tych podmiotów<sup>15</sup>.

Model budżetowy, zwany również modelem Beveridge'a, zakłada pozyskiwanie środków na świadczenia publiczne z podatków lub innych danin. W tym modelu podmiotem odpowiedzialnym za gromadzenie funduszy jest instytucja władzy publicznej, przeznaczająca z budżetu odpowiednią kwotę na finansowanie świadczeń zdrowotnych, z których może skorzystać każdy obywatel<sup>16</sup>.

Model przyjęty przez polskiego ustawodawcę łączy z kolei oba te modele, albowiem ustawodawca zdecydował się na powołanie tylko jednego podmiotu, tj. Narodowego Funduszu Zdrowia, który rozdysponowuje środki zgromadzone na podstawie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zawartych ze świadczeniodawcami. Nie można jednak uznać, że jest to dokładne przełożenie założeń modelu Bismarcka, który zakładał przecież funkcjonowanie więcej niż jednego podmiotu dysponującego świadczeniami publicznymi, a podmioty te miały ze sobą konkurować. Brak innego podmiotu i tym samym wyeliminowanie ewentualnej konkurencyjności jest zgodne z treścią standardu 8 wskazanego przez Trybunał Konstytucyjny (art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych).

Drugi sposób finansowania polega na tym, że władza publiczna w postaci władzy rządowej lub samorządowej przeznacza część swojego budżetu na wsparcie lub całkowite sfinansowanie świadczeń zdrowotnych, również w formie dotacji, subwencji lub też odpowiednich programów zdrowotnych.

Obecnie polski model funkcjonowania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych opiera się na trójkącie łańcuchów stosunków zobowiązaniowych<sup>17</sup>, tj. między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami (stosunek pokrycia), między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniobiorcami (stosunek waluty) oraz między świadczeniodawcami a świadczeniobiorcami

14 M. Paszkowska, *Polski system ochrony zdrowia*, Warszawa 2020, s. 12–27.

15 R. Lewandowski, *Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie*, w: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Warszawa 2015, s. 62.

16 Ibidem.

17 W. Borysiak, *Czynność prawna jako podstawowe źródło stosunku prawa medycznego*, w: M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, Warszawa 2016, <https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mjxw62zogizdkmjsha2tsmroobqxalrsqu4tenq#tabs-metrical-info> (dostęp 27.11.2022).

(stosunek zapłaty)<sup>18</sup>. Stosunek między NFZ a świadczeniodawcami (stosunek pokrycia) jest to stosunek prawny, który zostaje zawarty na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Na jego podstawie NFZ finansuje świadczenia zdrowotne, zobowiązuje jednocześnie świadczeniodawców do dokonywania świadczeń na rzecz osoby trzeciej, z kolei świadczeniodawca zobowiązuje się takich świadczeń dokonać. Tym sposobem NFZ *de facto* pokrywa finansowanie świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców<sup>19</sup>. Stosunek między NFZ a ubezpieczonymi (stosunek waluty) nie jest *expressis verbis* wyrażony w umowie, wskazuje jednakże na uzasadnienie istnienia korzyści na rzecz osoby trzeciej. W przedmiotowym przypadku taki stosunek stanowi realizację normy zakodowanej w art. 68 ust. 2 Konstytucji, albowiem NFZ zawierając przedmiotowe umowy, tworzy właśnie swoisty system publicznej ochrony zdrowia<sup>20</sup>. Ponadto ogólnym celem *pactum in favorem tertii* jest ułatwienie obrotu i dokonanie przez jedno świadczenie dwóch przysporzeń, pomiędzy dłużnikiem i wierzycielem (świadczeniodawcami i NFZ) oraz między wierzycielem i osobą trzecią (NFZ i świadczeniobiorcami)<sup>21</sup>. Stosunek między świadczeniodawcami a świadczeniobiorcami (stosunek zapłaty) jest to stosunek zobowiązaniowy polegający na tym, że świadczeniobiorca, mimo że nie jest pierwotnym wierzycielem świadczeniodawcy albowiem nie zawarł z nim stosunku, to posiada uprawnienie do żądania spełnienia na jego rzecz świadczenia z tytułu umowy łączącej świadczeniodawców z NFZ<sup>22</sup>. Niezależnie od powyższego polski ustawodawca zobligowany jest do takiego uregulowania systemu opieki zdrowotnej, który będzie przestrzegać określonych wyżej standardów konstytucyjnych.

Zadanie władzy publicznej zakodowane w normie art. 68 ust. 2 Konstytucji zostało w znacznej części delegowane na Narodowy Fundusz Zdrowia. Fundusz został bowiem przez ustawodawcę wyposażony w wiele uprawnień kontrolnych odnoszących się zarówno do świadczeniodawców, z którymi zawiera umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, jak i podwykonawców. Uprawnienia kontrolne NFZ stanowią gwarancję ochrony interesów pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych lub współfinansowanych ze środków publicznych NFZ. Polskiemu ustawodawcy zależało, by w przypadku kontraktowania świadczeń zdrowotnych NFZ miał silną pozycję, która pomimo podstawowego

18 Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – część ogólna*, Warszawa 2016, s. 187.

19 Ibidem, s. 187.

20 Ibidem, s. 187.

21 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 20 kwietnia 2016 r. sygn. akt I ACa 1115/15, Legalis nr 1456627.

22 Ibidem, s. 187.

założenia równości stron przy zawieraniu umów cywilnoprawnych w kontraktach między Funduszem a świadczeniodawcami ukazuje *de facto* dominującą i silniejszą pozycję NFZ. Świadczy o tym m.in. to, że Fundusz posiada monopol na zawieranie umów ze świadczeniodawcami<sup>23</sup>. Sama procedura zawarcia umowy nie może odbywać się w sposób dowolny. Może być dokonywana przez procedurę konkursową lub negocjacyjną (art. 136 i następne ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), *nota bene* zwolnioną z obwarowań właściwych do zamówień publicznych<sup>24</sup>. Z kolei w przypadku negatywnej decyzji komisji konkursowej świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezesa NFZ odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Prezes Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie, przy czym jego decyzja jest ostateczna (art. 154 ust. 1–4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Silniejsza pozycja NFZ widoczna jest również w ogólnych warunkach umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>25</sup>. Uregulowanie ogólnych warunków umów w formie normatywnej bezpośrednio obrazuje silniejszą pozycję NFZ. Postanowienia zawartych umów między NFZ a poszczególnymi świadczeniodawcami nie mogą być bowiem mniej korzystne dla NFZ, niż wynika to z ogólnych warunków umów.

Należy wskazać, że Fundusz to podmiot, na którego rzecz ustawodawca zdecydował się delegować zadania związane z przestrzeganiem standardów zakodowanych w art. 68 ust. 2 Konstytucji. NFZ jest bowiem uprawniony do zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (w tym umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych – gwarantowanych, a także świadczeń towarzyszących oraz świadczeń rzeczowych), jak i dokonywania kontroli, w tym: czynności sprawdzających oraz monitorujących podmioty, z którymi zawarto przedmiotowe umowy, jak i podwykonawców w zakresie, w jakim wykonują umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Kompetencje te zgodne są nie tylko z treścią standardu piątego, lecz także z głównym celem strategii Funduszu<sup>26</sup>.

23 Por. wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 7 września 2015 r., sygn. akt XVII AmA 50/14, Lex nr 2155601.

24 G. Głanowski, *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019, s. 184–185.

25 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej (Dz.U. z 2022 r., poz. 787).

26 *Strategia Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019–2023*, s. 8, [www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/narodowy-fundusz-zdrowia-ze-strategia-rozwoju,7327.html](http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/narodowy-fundusz-zdrowia-ze-strategia-rozwoju,7327.html) (dostęp 27.11.2022).

Uprawnienia kontrolne NFZ zostały uregulowane w dziale IIIa, art. 61a i następane ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Celem kontroli jest przeprowadzenie i ustalenie stanu faktycznego w zakresie objętym kontrolą, udokumentowanie oraz dokonanie oceny czynności podejmowanych przez podmiot kontrolowany. Kontrola gwarantuje bowiem zapewnienie i zwiększenie transparentności w realizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców, tym samym umożliwiając realizację prawa pacjenta określoną w art. 68 ust. 2 Konstytucji. Kontrola spełnia tym samym założenia określone w treści pkt 4–6 standardów konstytucyjnych. Gdyby bowiem nie doszło do zrealizowania świadczenia zdrowotnego przez świadczeniodawcę wobec beneficjentów publicznego systemu ochrony zdrowia lub jego realizacja nastąpiłaby w sposób niezgodny z treścią art. 68 ust. 2 Konstytucji, doszłoby do naruszania prawa pacjenta w dostępie do owych świadczeń ze względu na ich ograniczenie. Z kolei wykryte nieprawidłowości pozwalają na natychmiastową interwencję Funduszu mającą w założeniu skutkować usunięciem tych nieprawidłowości i zaprzestanie naruszenia prawa pacjenta zakodowanego w treści art. 68 ust. 2 Konstytucji. Takie uregulowanie umożliwia tym samym realizację drugiego standardu Trybunału Konstytucyjnego – rzeczywistego dostępu pacjenta do publicznych świadczeń zdrowotnych.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest osobą prawną składającą się z centrali i 16 wojewódzkich oddziałów NFZ (art. 96 i następane ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Pełni on funkcję płatnika składek<sup>27</sup> oraz podmiotu kontrolnego procesu ich udzielania<sup>28</sup>. Kontrola przewidziana w treści przepisów art. 61a i następnym ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokonywana jest na poziomie centrali NFZ. Jej celem jest ustalenie stanu faktycznego w zakresie objętym kontrolą, rzetelne udokumentowanie oraz dokonanie oceny (art. 61d ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Prezes Funduszu również jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli realizacji umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń oraz ich dostępności, udzielania świadczeń pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami i wymogami określonymi w umowie, posiadania uprawnień do udzielania świadczeń przez osoby wykonujące zawody medyczne, przestrzegania zasad wystawiania recept, a także zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych stosowanych

27 P. Lenio, *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018, s. 141–158.

28 J. Król-Całkowska, *Prawo medyczne w ochronie zdrowia. Meritum*, Warszawa 2021, s. 360–361.



w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych oraz wykonywania innych obowiązków nałożonych na świadczeniodawców (art. 61a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Wachlarz uprawnień kontrolnych Prezesa NFZ ma zatem otwarty charakter. Prezes NFZ planuje kontrolę i przeprowadza ją po uprzednim dokonaniu analizy prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości. W ramach kontroli Prezes NFZ może pozyskiwać informacje od organów administracji rządowej i samorządowej, państwowych i samorządowych osób prawnych oraz państwowych i samorządowych jednostek organizacyjnych. Jednostki te zobowiązane są do współdziałania z Prezesem Funduszu i nieodpłatnego udzielania mu informacji oraz pomagania w wykonywaniu zadań. Prezes NFZ może również żądać zaświadczeń i dokumentów na potwierdzenie faktów lub stanu prawnego, chyba że może stany te ustalić na podstawie posiadanych ewidencji, rejestrów lub danych, rejestrów publicznych prowadzonych przez inne podmioty publiczne, do których NFZ ma dostęp elektroniczny, na zasadach określonych w przepisach o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne czy wymiany informacji z innymi podmiotami publicznymi na zasadach określonych w przepisach o informatyzacji działalności podmiotów realizujące zadania publiczne. Informacje pozyskane w toku kontroli są objęte tajemnicą i nie mogą być udostępnione osobom nieuprawnionym (art. 61b ust. 1–4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). W zakresie objętym kontrolą Prezes NFZ może również zwrócić się do organów kontroli i inspekcji działających w ramach administracji rządowej i samorządu terytorialnego o udostępnienie wyników kontroli przeprowadzonych przez te organy u świadczeniodawcy (art. 61c ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Maksymalny czas trwania wszystkich kontroli NFZ uzależniony jest od wysokości udzielonych świadczeń i nie może przekroczyć odpowiednio w roku kalendarzowym: 12, 18, 24 lub 48 dni roboczych. Szczegóły zostały określone w przepisie art. 61d ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wobec podmiotu kontrolowanego można podejmować i prowadzić, co do zasady, nie więcej niż jedną kontrolę, a kolejne nie mogą dotyczyć zakresu przedmiotowego kontroli objętego uprzednio zakończoną kontrolą. Podmiot kontrolowany może wnieść sprzeciw wobec podjęcia i wykonywania przez Prezesa NFZ kontroli, jeśli uzna, że naruszył on przepisy art. 61d ust. 2–5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sprzeciw wnosi się w terminie dwóch dni roboczych, a jego wniesienie nie powoduje wstrzymania czynności kontrolnych, jednakże w terminie dwóch dni roboczych od dnia otrzymania sprzeciwu kierownik komórki organizacyjnej Funduszu wyda postanowienie o odstąpieniu albo kontynuowaniu czynności kontrolnych. Upływ dwudniowego

terminu na rozpatrzenie uznawany jest z kolei za odstąpienie od czynności kontrolnych. Na postanowienie przysługuje zażalenie do Prezesa NFZ za pośrednictwem kierownika komórki organizacyjnej Funduszu. Prezes NFZ rozpatruje zażalenie w terminie siedmiu dni.

Prezes NFZ nie dokonuje kontroli osobiście, a przez działający przy nim korpus kontrolerski składający się z kontrolerów oraz pracowników niebędących kontrolerami, ale mogących wykonywać poszczególne czynności kontrolne. Kontrole przeprowadzone są przez te osoby na podstawie upoważnienia do jej przeprowadzenia. Kontrolerom oraz pracownikom niebędącym kontrolerami, a wykonującymi poszczególne czynności kontrolne podczas przeprowadzania kontroli albo poszczególnych czynności, przysługuje ochrona jak dla funkcjonariuszy publicznych (art. 61e ust. 1–5). Kontrolerzy oraz pracownicy wykonujący czynności kontrolne, niebędący kontrolerami, w czasie przeprowadzania kontroli uprawnieni są m.in. do badania i oceny wszelkich informacji związanych z zakresem kontroli, zawartych w dokumentach oraz innych nośnikach informacji (w tym dokumentach medycznych i finansowo-księgowych), pobierania i zabezpieczania dokumentów i innych nośników informacji; dokonywania oględzin w celu ustalenia stanu faktycznego obiektów budowlanych lub rzeczy albo przebiegu określonych czynności. Kontrolerzy mogą również żądać wyjaśnień od kierownika podmiotu kontrolowanego lub jego pracowników i innych osób biorących udział w czynnościach objętych zakresem kontroli. Badanie i ocena dokumentacji medycznej przeprowadzana jest przez osobę posiadającą wykształcenie medyczne lub wykonującą zawód medyczny.

Kontroler lub osoba upoważniona mogą swobodnie poruszać się po terenie podmiotu kontrolowanego z wyłączeniem stref objętych reżimem sanitarnym. Przy poruszaniu się muszą przestrzegać praw pacjentów. Kontroler może również zażądać od kierownika podmiotu kontrolowanego nieodpłatnego sporządzenia w terminie wyznaczonym przez kontrolera odwzorowań cyfrowych, zestawień i obliczeń na podstawie dokumentów, elektronicznych baz danych lub w postaci papierowej, jeśli nie ma ku temu możliwości technicznych. Musi to być jednak niezbędne dla osiągnięcia celów kontroli. Kontroler dokumentuje ustalenia kontroli w aktach kontroli, z których kierownik podmiotu kontrolowanego lub upoważniona przez niego osoba mogą sporządzić odpisy lub fotokopie (art. 61l ust. 1–4).

Co do zasady, podmiot kontrolowany musi zostać zawiadomiony o kontroli co najmniej 7 dni przed jej rozpoczęciem, jednak nie później niż przed upływem 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia (art. 61g ust. 1 i 2). Kontrola może być przeprowadzona w siedzibie podmiotu kontrolowanego, miejscach prowadzenia działalności, miejsca udzielenia świadczenia, jak również w miejscu prowadzenia działalności przez podwykonawcę w zakresie, w jakim realizuje on umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, lub w miejscu udzielenia świadczeń czy prowadzenia

działalności przez osobę trzecią wykonującą zawód medyczny w związku z powierzeniem tej osobie niektórych czynności na podstawie umów lub porozumień zawartych z podmiotem kontrolowanym, jak i w siedzibie NFZ. Kontrola prowadzona jest w godzinach pracy lub w godzinach określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyjątkiem sytuacji gdy przeprowadzenie kontroli uzasadnione jest bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia, jest niezbędne do przeciwdziałania popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia, lub też zabezpieczenia dowodów ich popełnienia. Wtedy też możliwe będzie przeprowadzenie kontroli poza godzinami pracy obowiązującymi w podmiotach kontrolowanych, jak również poza godzinami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnych, w tym w dniu ustawowo wolnym od pracy i w porze nocnej (art. 61l ust. 1–3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Ustawodawca dokonał na podstawie ustawy z dnia 21 lutego 2019 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i niektórych innych ustaw<sup>29</sup> zmiany polegającej na centralizacji kontroli NFZ. Celem zmiany było bowiem stworzenie korpusu kontrolerskiego, który miał za zadanie profesjonalizowanie procesu kontroli umożliwiającej weryfikację stopnia pozyskania umiejętności kontrolerów. Utworzenie korpusu kontrolerskiego i skupienie uprawnień kontrolnych na poziomie Prezesa Funduszu ma również na celu wzmocnienie roli kontroli w działalności Funduszu oraz ujednoczenie trybu kontroli dla wszystkich podmiotów kontrolowanych<sup>30</sup>. Korpus podlega bezpośrednio Prezesowi NFZ i jest uprawniony m.in. do badania i oceny wszystkich informacji związanych z wynikiem kontroli zawartych w dokumentach i nośnikach czy też dokonywania oględzin lub korzystania z opinii biegłego przy dokonywaniu kontroli.

W sytuacji wystąpienia wątpliwości dotyczących prawidłowości postępowania, w szczególności na skutek przetwarzania posiadanych danych lub informacji, Fundusz może przeprowadzić czynności sprawdzające, obejmujące wezwanie świadczeniodawcy, osoby uprawnionej w rozumieniu ustawy o refundacji lub apteki do udzielenia wyjaśnień lub przekazania dokumentów niezbędnych do ustalenia stanu faktycznego w tym zakresie. Udzielenie wyjaśnień lub przekazanie dokumentów następuje nieodpłatnie w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania (art. 61w ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

29 Ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r., poz. 399).

30 Druk 399 – projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i niektórych innych ustaw, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000399> (dostęp 27.11.2022).

Z kolei do kompetencji dyrektorów wojewódzkich oddziałów NFZ należy m.in. monitorowanie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych lub też celowości świadczeń opieki zdrowotnej w ramach udzielanych umów. Monitorowanie ma za zadanie sprawdzenie realizacji umów zgodnie z treścią oferty złożonej przez świadczeniodawców w czasie postępowania konkursowego/negocjacyjnego. Stwierdzenie nieprawidłowości związanej z monitorowaniem przez właściwego wojewódzkiego dyrektora NFZ powinno spowodować rozpoczęcie procedury kontroli. Monitorowanie należy do zadań dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ (art. 107 ust. 1 pkt 8 ustawy)<sup>31</sup>.

W praktyce nie jest możliwe ocenienie skuteczności zmiany wprowadzonej do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2019 roku, albowiem utworzenie korpusu kontrolerskiego zostało zakłócone przez pandemię koronawirusa SARS-CoV-2. Zmianie uległy tym samym zadania realizowane przez Fundusz w ramach kontroli, co z kolei spowodowało zmniejszenie liczby przeprowadzonych kontroli w 2020 roku. Skupiono się zaś na kontrolach udzielenia świadczeń związanych z COVID-19 oraz podjęto działania w postaci czynności sprawdzających, które były mniej angażujące dla podmiotów ochrony zdrowia, a w zakresie kontroli wykorzystano w większym niż dotychczas stopniu możliwość realizacji kontroli w siedzibie Funduszu, co również miało na celu zmniejszenie angażowania podmiotu kontrolowanego w proces kontroli<sup>32</sup>. Sam korpus kontrolerski utworzono dopiero w 2021 roku. W tym czasie przeprowadzono również łącznie 3645 kontroli i czynności sprawdzających m.in. w ramach realizacji umów (1321 kontroli) czy aptek (581 kontroli)<sup>33</sup>.

## Wnioski

Kontrole NFZ są *de facto* zadaniem delegowanym przez władze państwowe na Fundusz w zakresie realizacji zadania określonego w art. 68 ust 2 Konstytucji (potwierdza to nawet standard nr 5 Trybunału Konstytucyjnego). Ustawodawca ma co do zasady dowolność w kształtowaniu systemu świadczeń opieki zdrowotnej

31 M. Urbaniak, *Uprawnienia Narodowego Funduszu Zdrowia wobec podmiotu leczniczego*, w: J. Król-Całkowska (red.), *Prawo medyczne w ochronie zdrowia*, Warszawa 2021, s. 426–428.

32 *Sprawozdanie z działalności NFZ z 2020 r.*, Warszawa 2021, s. 59–60, [https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/bip/dzialalnosc\\_nfz/sprawozdania\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz/zalacznik\\_do\\_uchwaly\\_nr\\_12\\_-sprawozdanie\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz\\_2020\\_rok-sig.pdf](https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zalacznik_do_uchwaly_nr_12_-sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_2020_rok-sig.pdf) (dostęp 27.11.2022).

33 *Sprawozdanie z działalności NFZ 2021 r.*, Warszawa 2022, s. 67–68, [https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/zarzadzenia\\_prezesa/uchwaly\\_rady\\_nfz/2022/zal.\\_do\\_uchwaly\\_nr\\_11\\_sprawozdanie\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz\\_2021\\_rok-sig.pdf](https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/zarzadzenia_prezesa/uchwaly_rady_nfz/2022/zal._do_uchwaly_nr_11_sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_2021_rok-sig.pdf) (dostęp 27.11.2022).

finansowanych ze środków publicznych, jest ona jednak ograniczona przez określone standardy konstytucyjne, które muszą być przestrzegane. Fundusz wykonuje swoje zadania przez uprawnienia kontrole stosowane wobec świadczeniodawców, zapewniając tym samym ochronę interesu pacjentów w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Wprowadzoną w 2019 roku nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dokonującą centralizacji kontroli, ujenolicenia metod kontrolnych, profesjonalizacji kontrolerów oraz utworzenia korpusu kontrolerskiego *prima facie* należy przyjąć z aprobatą. Obecnie trudno jest jednak ocenić skuteczność działania kontroli, albowiem ze względu na stosunkowo niedawne wprowadzenie zmian, jak i konieczność zmierzenia się z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 ich liczba została znacząco ograniczona, co z kolei uniemożliwiało sprawdzenie skuteczności wprowadzonych zmian w warunkach normalnego funkcjonowania. Mając powyższe na uwadze, należy powstrzymać się od jednoznacznego dokonania przedmiotowej oceny. Sama jednak inicjatywa związana z pochyleniem się przez ustawodawcę nad problematyką kontroli powinna być przyjęta z aprobatą, albowiem skuteczna kontrola oraz jej działanie ma bezpośrednie przełożenie na przestrzeganie prawa pacjenta w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a także realizację standardów 2, 3, 5, oraz 6 określonych przez Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 roku o sygn. akt K 14/03. Tym samym uprawnienia kontrolne NFZ stosowane wobec świadczeniodawców w warunkach obecnie funkcjonującego systemu zdrowia zapewniają ochronę interesu pacjentów w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

## Bibliografia

- Białynicki-Birula P., *Funkcjonowanie współczesnych modeli ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2007, nr 759, YADDA: bwmeta1.element.ekon-element-000157029888.
- Borysiak W., *Czynność prawna jako podstawowe źródło stosunku prawa medycznego*, w: M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, Warszawa 2016, <https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mjxw62zogizdkmjsha2tsmroobqxalrsgu4tenq#tabs-metrical-info>.
- Bosek L., Raszkievicz J., *Konstytucyjne uwarunkowania systemu udzielania świadczeń zdrowotnych*, w: D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), *Organizacja systemu ochrony zdrowia. System prawa medycznego. Tom 3*, Warszawa 2020, <https://sip.legalis.pl/documentview.seam?documentId=mjxw62zogi3damrvhe3tanzomfrxilrsgq4tgmjooqxalrsgu4tenq#>.

- Czerwińska M., *Specyfika zachowań e-pacjenta w Internecie*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” 2015, nr 38, YADDA: bwmeta1.element.ekon-element-000171405403.
- Fiutak, A., *Prawo medyczne*, Warszawa 2016.
- Glanowski G., *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019.
- Hajdukiewicz D., *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd informacyjny*, Warszawa 2019.
- Klich A., *Wybrane zagadnienia prawne elektronicznej dokumentacji medycznej*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2017, nr 1, DOI: 10.18276/epu.2017.126/2-35.
- Król-Całkowska J., *Prawo medyczne w ochronie zdrowia. Meritum*, Warszawa 2021.
- Lenio P., *Publicznoprawne źródła finansowania ochrony zdrowia*, Warszawa 2018.
- Lewandowski R., *Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie*, w: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Warszawa 2015.
- Paszkowska M., *Polski system ochrony zdrowia*, Warszawa 2020.
- Radwański Z., Olejniczak A., *Zobowiązania – część ogólna*, Warszawa 2016.
- Rek T., Hajdukiewicz D., *Lekarz a prawa pacjenta. Poradnik prawny*, Warszawa 2016.
- Stosur A., *Artykuł 68 ust. 2 Konstytucji RP jako podstawa prawna zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych – wprowadzenie do tematyki*, w: A. Goździalska, J. Jaśkiewicz (red.), *Troska o zdrowie w aspekcie społecznym*, Kraków 2015.
- Węgrzyn J., *Realizacja normy programowej wynikającej art. 68 ust. 4 Konstytucji RP w stanie epidemii COVID-19 (uwagi ogólne)*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2021, nr 3.
- Urbaniak M., *Uprawnienia Narodowego Funduszu Zdrowia wobec podmiotu leczniczego*, w: Król-Całkowska J. (red.) *Prawo medyczne w ochronie zdrowia. Meritum*, Warszawa 2021.
- Zajdel-Całkowska J., *Prawo medyczne*, Warszawa 2019.

## **Protection of the patient’s legal interest in accessing publicly funded health services – exercised through the inspection powers of the National Health Fund**

### **Abstract**

The aim of the paper is to demonstrate the realisation of the patient’s right to health care services financed from public funds through the control powers of the National Health Fund (NFZ) in line with certain constitutional standards, specifically within the freedom of the legislator to construct the health care system, as outlined in Article 68(2) of the Constitution.

In developing the article, a doctrinal methodology was applied, involving the analysis of the positions of the representatives of legal doctrine in the literature on the subject. Additionally, a juridical methodology was employed, consisting in the analysis of the jurisprudence of Polish courts, including the Constitutional Tribunal. In order to demonstrate the impact of the practical exercise of the NFZ's control powers, an analysis of the NFZ activity reports for 2020 and 2021, as well as the NFZ strategy, was also carried out. The considerations carried out in the article showed that the NFZ's control powers realise the NFZ's constitutional standards by ensuring that patients have equal access to health services financed from public funds. These powers enable a direct response to the detected irregularities and restoring the correct implementation of the standards and norms encoded in the content of Article 68(2) of the Constitution.

**Keywords:** NFZ, control, Article 68(2) of the Constitution, inspection standards for publicly funded health services, patient's right

#### CYTOWANIE

Michalski M., *Ochrona interesu prawnego pacjenta w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wykonywana za pomocą uprawnień kontrolnych Narodowego Funduszu Zdrowia*, „Acta Iuris Stetinensis” 2023, nr 5 (vol. 46), 99–113, DOI: 10.18276/ais.2023.46-07.