

## **36. Sprawy z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych.**

### **1. Umarzanie postępowania administracyjnego w indywidualnych sprawach z zakresu ochrony zdrowia.**

Z zakresu tej problematyki (sprawy o **sygn. akt VII SA/Wa 1631/08** oraz **VII SA/Wa 819/08**) zaistniał problem orzeczniczy, tzn. czy art. 109 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) stanowi podstawę prawną do umarzania postępowania administracyjnego w indywidualnych sprawach z zakresu refundacji kosztów leczenia. Na tle orzeczeń Sądu I instancji oraz Naczelnego Sądu Administracyjnego pojawił się problem czy decyzje administracyjne w tym przedmiocie zapadły bez podstawy prawnej (stanowisko NSA), czy też na tej podstawie organy prawidłowo umarzają postępowanie administracyjne (stanowisko WSA).

Zasady finansowania produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych określone zostały w art. 36 i art. 37 ustawy oraz w przepisach wykonawczych - rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. - w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające (Dz. U. Nr 274, poz. 2725, ze zm.) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. - w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością (Dz. U. Nr 275, poz. 2730, ze zm.). Jednak powołane przepisy nie przewidują możliwości indywidualnego określania zasad finansowania leków i wyrobów medycznych z uwagi na szczególną sytuację pacjenta. W ww. problematyce organy administracyjne orzekają o umorzeniu postępowania administracyjnego na podstawie art. 109 ww. ustawy. Jest to przepis kompetencyjny upoważniający - z mocy ustawy - wymieniony organ funduszu do podejmowania konkretnych działań władczych, to jest prowadzenia postępowania administracyjnego i wydawania decyzji w sprawach indywidualnych z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. W związku z powyższym NSA uznał wywody Sądu I instancji za nietrafne, co do możliwości rozstrzygnięcia o żądaniu osoby ubezpieczonej, z powołaniem na ten ostatnio powołany przepis. Za takim stanowiskiem NSA przemawia, że żaden przepis ustawy nie przyznaje osobom objętym jej działaniem prawa do żądania zwrotu środków poniesionych na opiekę zdrowotną poza systemem

ww. ustawy. W tym zakresie nie istnieje więc stosunek administracyjnoprawny pomiędzy osobą domagającą się refundacji, a którymkolwiek z organów wymienionych w ustawie. Nie ma też żadnych podstaw do tego, aby wywieść istnienie takiego stosunku z ogólnej normy kompetencyjnej zapisanej w art. 109 ww. ustawy, czy też wywodzić taki skutek z systemowej wykładni ustawy w kontekście regulacji art. 68 Konstytucji.

Ponadto, zwrócono uwagę, że podmiotem uprawnionym do wystąpienia do organu Funduszu z żądaniem wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy jest wyłącznie świadczeniodawca. W tym stanie rzeczy orzekanie o refundacji poniesionych kosztów opieki zdrowotnej uzyskanej poza zakresem świadczeń określonych w ustawie lub też z pominięciem warunków w ustawie określonych nie jest sprawą mieszczącą się w granicach tej ustawy, a przepis art. 109 nie stanowi zatem podstawy do orzekania w tej sprawie. Czym innym jest bowiem ustalenie prawa do świadczeń, w trybie opisanym w ustawie, czym innym zaś żądanie zwrotu poniesionych nakładów na ochronę zdrowia realizowaną poza warunkami określonymi w ustawie. A więc decyzja zapadła w takim postępowaniu nie ma podstawy w żadnym powszechnie obowiązującym przepisie prawnym o charakterze materialnym zawartym w ustawie lub w akcie wydanym z wyraźnego upoważnienia ustawowego.

Na tle omawianej problematyki pojawiło się również stanowisko, zgodnie z którym artykuł 109 ust. 1 ww. ustawy precyzuje uprawnienie do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wyjaśnia, że do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. W ocenie WSA chodzi m.in. o rozszerzenie zakresu świadczeń zdrowotnych przewidzianych ustawą i wydanymi w jej wykonaniu rozporządzeniami. W indywidualnych przypadkach na podstawie wskazanych przepisów dyrektor oddziału NFZ może ustalić, biorąc pod uwagę całokształt uwarunkowań (w tym możliwości finansowe funduszu, możliwości finansowe pacjenta i jego potrzeby zdrowotne) objęcie ubezpieczeniem i świadczeniem zdrowotnym procedur medycznych nie mieszczących się w wykazie świadczeń gwarantowanych. Granicę możliwości dyrektora wytycza załącznik do ustawy zawierający wykaz świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych. Świadczenia wymienione w załączniku nie mogą być w żadnym wypadku, także w drodze indywidualnej decyzji, finansowane ze środków NFZ. Obszar świadczeń zdrowotnych między świadczeniami gwarantowanymi a świadczeniami ze wskazanego załącznika, tj. zakres między tym co gwarantowane, a tym co niemożliwe do finansowania, to obszar do indywidualnej decyzji dyrektora.