

Sygnatura akt II Ca 1338/13

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 marca 2014 r.

Sąd Okręgowy w Krakowie Wydział II Cywilny-Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący: SSO Małgorzata Łoboz (sprawozdawca)

Sędziowie: SO Barbara Baran

SR Marzena Kleszcz (del.)

Protokolant: Paulina Florkowska

po rozpoznaniu w dniu 19 lutego 2014 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa (...)Spółki Jawnej w R.przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – (...) o zapłatę

na skutek apelacji strony pozwanej od wyroku Sądu Rejonowego dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie z dnia 11 marca 2013 r., sygnatura akt I C 497/12/S

1. oddała apelację;
2. zasądza od strony pozwanej na rzecz strony powodowej kwotę 1800 zł ( jeden tysiąc osiemset złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania odwoławczego.

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 2 lutego 2012 roku strona powodowa „(...) (...)” spółka jawna z siedzibą w R. domagała się zasądzenia od Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W. – (...) kwoty 34.280 zł z odsetkami ustawowymi od kwot wskazanych w pozwie oraz zasądzenia kosztów postępowania. Na uzasadnienie podała, że strony łączy umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Zgodnie z umową strona powodowa otrzymuje zryczałtowane wynagrodzenie uzależnione od liczby osób, które złożyły deklaracje wyboru lekarza zatrudnionego u strony powodowej. Za każdą zadeklarowaną osobę przewidziana jest odpłatność w wysokości uzależnionej od współczynników korygujących – stawka kapitacyjna. Zapłata miała następować w ten sposób, że strona powodowa przekazywała pozwanemu bieżącą informację o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym sporządzoną na podstawie posiadanych deklaracji wyboru lekarza. Na tej podstawie pozwany Fundusz ustalał liczbę świadczeniobiorców, według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy. Należności z tytułu realizacji świadczeń wypłacane są raz w miesiącu na podstawie wystawionych przez świadczeniodawcę faktur VAT. Podstawą do wypłaty środków finansowych na rzecz powoda są więc deklaracje wyboru lekarza tj, pisemne oświadczenia woli wyboru lekarza. Przez pierwszych sześć miesięcy 2011 roku strona powodowa otrzymywała umówioną wypłatę należności. Następnie od lipca 2011 roku strona pozwana zaczęła negatywnie weryfikować listy aktywne niektórych lekarzy posiadających listy zadeklarowanych pacjentów. Powyższe spowodowało uszczuplenie przychodów strony powodowej o należności objęte pozwem. W konsekwencji strona pozwana pomniejszyła zapłatę wynikającą z wystawionych przez stronę powodową faktur VAT, o wartości odpowiadające zakwestionowanej liczbie pacjentów.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie kosztów postępowania. Zarzuciła, że dochodzone roszczenie jest oczywiście bezzasadne. Zaprzeczyła twierdzeniom pozwu, aby w omawianym stanie faktycznym brak było podstaw do pomniejszenia należnego stronie powodowej wynagrodzenia

z powodu zakwestionowanych deklaracji. W ocenie strony pozwanej w świetle regulacji prawnych oraz umowy warunkiem koniecznym do rozpoczęcia procesu przyjmowania deklaracji wyboru pacjenta na konkretnego lekarza jest posiadanie przez niego odpowiednich kwalifikacji oraz wykonywanie bezpośrednio w/w umowy lub wykonywanie u świadczeniodawcy zawodu medycznego w wymiarze 5 razy w tygodniu. Strona pozwana podkreśliła, iż zgodnie załączonymi do pozwu umowami za lata 2011 i 2012 świadczenia w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są przy wykorzystaniu zasobów i zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik do umowy. Ponadto świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przez który rozumie się w szczególności osoby udzielające tych świadczeń wraz z ich harmonogramy oraz sprzęt. W dalszej części strona pozwana wskazała, iż zgodnie z posiadanymi przez nią informacjami, przekazanymi przez samą stronę pozwaną, wynika, że: lek. A. P. (1)nie była nigdy zgłoszona do umowy, ani wykazana jako zatrudniona u powoda, co wyklucza możliwość zbierania deklaracji na tego lekarza, lek. B. K. (1)w związku z wykonaniem umowy została zatrudniona faktycznie później niż były zbierane deklaracje. Strona pozwana zaznaczyła również, iż zgodnie z oświadczeniem strony powodowej (protokół kontroli), lek B. K. (1)od 1 stycznia 2008 roku nie udzielała świadczeń u strony powodowej i z tą datą zaprzestano wykazywania tego lekarza w załącznikach do umowy. Podobnie w odniesieniu do l. L.deklaracje wyboru lekarza zbierane były przed dniem jej zatrudnienia u strony powodowej. W tej sytuacji zdaniem strony pozwanej to na stronie powodowej ciążył obowiązek dokonywania aktualizacji w harmonogramie oraz zapewniania zastępstw, czego strona pozwana jednak zaniechała. Wobec powyższego populacja zadeklarowana do lek. B. K. (1)nie powinna stać się przedmiotem umowy na rok 2008. Niezależnie od tego strona pozwana wskazała, że w odniesieniu lek. B. K. (1)proces przepisywania pacjentów do innych lekarzy rozpoczął się z dniem 13 czerwca 2011 roku, a wiedzę o braku możliwości udzielania w/w świadczeń powód uzyskał już od 1 stycznia 2008 roku. Stąd zdaniem strony pozwanej proces przepisywania deklaracji do innych lekarzy powinien się rozpocząć już w 2008 roku. Ponadto w ocenie strony pozwanej w powyższych przypadkach doszło do naruszenia przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dalej strona pozwana zarzuciła, że pacjenci przepisani do lek. K. W., lek. B. W. oraz S. Ś., zamieszczeni przez stronę powodową w zestawieniach zakwestionowanych deklaracji za miesiąc wrzesień 2011 roku w okresie od stycznia 2011 roku do sierpnia 2012 roku podczas weryfikacji deklaracji POZ zaliczeni byli stronie powodowej, stąd niezasadne jest włączenie tych przypadków do niniejszego powództwa. Wskazała, że pomniejszenie płatności za miesiąc lipiec-grudzień 2011 roku uznać należy za podejście bardzo względne do zaniedbań strony powodowej, gdyż lista pacjentów zapisanych do w/w lekarzy winna zostać zakwestionowana już znacznie wcześniej. W dalszej części strona pozwana zaprzeczyła twierdzeniom strony powodowej, aby łączące strony umowy zawarte na określony czas nie wygasły, a kolejna umowa nie stanowiła nowej umowy. Według strony pozwanej oczywistym jest, że wszystkie postanowienia umowne są dla stron wiążące w okresie obowiązywania poszczególnych umów. Mając więc na względzie okres obowiązywania umowy oraz fakt nie wskazania w wykazie personelu medycznego powoda lekarzy, do których deklaracje złożono (co najmniej od 2009 roku, a niekiedy wcześniej) zdaniem strony pozwanej takie deklaracje należało uznać za nieważne wobec braku (w 2011 roku i wcześniej) podmiotu dokonanego wyboru. Stąd brak jest podstaw do przekazywania stronie powodowej z tego tytułu środków finansowych. Następnie strona pozwana wskazała, że lekarz lub podmiot który udziela w/w świadczeń staje się świadczeniodawcą z chwilą zawarcia z Funduszem umowy i dopiero po jej zawarciu, świadczeniobiorca może dokonać wyboru takiego lekarza. W konsekwencji wszystkie deklaracje zebrane przez podpisaniem. w/w umowy w ocenie strony pozwanej należałoby uznać za nieważne. Strona pozwana podkreśliła także, że niekiedy uznaje się za dopuszczalne zgromadzenie populacji jeszcze przed podpisaniem umowy, podchodząc do zagadnienia w sposób celowościowy w przypadkach nie budzących wątpliwości co do aktywności co do aktywności deklaracji. Taki wypadek nie zachodzi natomiast w niniejszej sprawie, wobec oczywistego zaprzestania świadczeń przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, co zdaniem strony pozwanej jest wystarczające do oddalenia przedmiotowego powództwa. Ponieważ strona powodowa nie dopełniła ciężących na niej obowiązków umownych brak jest w ocenie strony pozwanej przesłanek warunkujących tymczasowe finansowanie z tytułu populacji przynależnej do lekarzy nie wykonujących już zawodu u powoda.

W piśmie procesowym z dnia 13 listopada 2012 roku strona powodowa rozszerzyła żądanie pozwu, domagając się zasądzenia od strony pozwanej Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w W.— (...) kwoty 58.818,90 zł z odsetkami

ustawowymi od kwot i dat wskazanych w piśmie (k. 278-279). W uzasadnieniu wskazała, że wskutek działań strony pozwanej poniosła kolejne straty.

Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie wyrokiem z dnia 11 marca 2013r. uwzględnił powództwo w całości i zasądził na rzecz strony powodowej stosowne koszty procesu. W uzasadnieniu Sąd wskazał, że za bezsporne należało uznać:

1/Kwotę dochodzonego roszczenia wynikającą z pomniejszych dokonywanych przez stronę pozwaną. Oddaleniu podlegała jedynie kwota wynikająca z różnicy rachunkowej wykazanej w rozszerzonym pozwie z tą, która wynikała ze zliczenia poszczególnych miesięcznych pomniejszych wypłacanych należności.

2/ Fakt, że strona powodowa miała otrzymywać zryczałtowane wynagrodzenie uzależnione od liczby osób, które złożyły deklaracje wyboru lekarza. Rozliczenia między stronami następowały w oparciu o wystawione przez stronę powodową faktury VAT.

3/ Fakt, że od lipca 2011 roku strona pozwana zaczęła negatywnie weryfikować listy pacjentów zadeklarowanych do poszczególnych lekarzy, którzy faktycznie nie byli zatrudnieni u strony powodowej lub nie wykonywali realnie świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej. Z tego powodu strona pozwana dokonała pomniejszenia należności strony powodowej o łączną kwotę 58.815,90 zł.

Natomiast ustalił Sąd Rejonowy, że zgodnie z postanowieniami łączących strony umów m.in.. w przypadku zaprzestania przez lekarza POZ udzielania świadczeń u świadczeniodawcy świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować o tym fakcie właściwy Oddział Funduszu oraz świadczeniobiorców. O powyższych zmianach świadczeniodawca informuje świadczeniobiorców poprzez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń. W przypadku zaprzestania przez lekarza POZ udzielania świadczeń u świadczeniodawcy, świadczeniodawca nadal udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do określonego lekarza POZ (§ 4 umowy). Następnie świadczeniodawca jest zobowiązany poinformować świadczeniobiorców o zaprzestaniu wykonywania świadczeń m. in. przez konkretnego lekarza. Umowa zobowiązuje do zawiadomienia o takim fakcie poprzez wywieszenie stosownych ogłoszeń w miejscu udzielania świadczeń. Świadczeniodawca jest nadal zobowiązany do udzielania świadczeń osobom zadeklarowanych do lekarza, który zaprzestał wykonywania świadczeń do czasu złożenia nowej deklaracji. Świadczeniodawca zobowiązany jest do podjęcia działań zmierzających do zachowania norm dotyczących liczby świadczeniobiorców, określonych warunkami zawierania umów. Złożone poprzednio deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę. Zgodnie z § 10 kolejnych umów dla finansowania świadczeń lekarza POZ ustala się:

-miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości 8 zł z uwzględnieniem współczynników korygujących dla różnych grup świadczeniobiorców;

- opłatę za poradę w wysokości 45 zł udzielona, w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1 lit. b i c umowy;
- opłatę za świadczenie w wysokości 48 zł udzielone w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
- opłatę za poradę w wysokości 20 zł udzieloną w ramach kwalifikacji do realizacji świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w poz. Strona pozwana zakwestionowała listy pacjentów zadeklarowanych do następujących lekarzy; -dr C.-P., zatrudnionej u strony powodowej w 2008 roku; -dr L., zatrudnionej w latach 2008 – 2010; dr K., zatrudnionej u strony powodowej w 2012 roku. Pacjenci nie mieli obowiązku przepisania się do innego lekarza w wypadku zaprzestania przez dotychczasowego lekarza świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, a co najmniej strona powodowa nie miała skutecznego instrumentu prawnego w tym przedmiocie.

Sąd wskazał następnie, że kluczowym dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy było ustalenie, czy strona pozwana obowiązana była do wypłaty wynagrodzenia ryczałtowego za pacjentów objętych deklaracjami wyboru lekarza, który w okresie objętym pozwem faktycznie nie wykonywał usług u świadczeniodawcy. Analiza postanowień łączących strony umów w ocenie Sądu jednoznacznie wskazuje, że stronie powodowej należy się wypłata wynagrodzenia za każdego pacjenta objętego deklaracją wyboru lekarza, niezależnie od tego czy lekarz ten faktycznie w danym okresie świadczył na rzecz strony powodowej usługi. Zgodnie z postanowieniami w/w umów, strona powodowa miała obowiązek zapewnić opiekę pacjentom w każdym przypadku, także w wypadku, gdy przypisany do danego pacjenta lekarz nie wykonywał faktycznie usług, o ile tylko dany pacjent objęty był deklaracją wyboru lekarza w powodowej przychodni. Sąd podkreślił, że złożone deklaracje zachowywały swoją ważność do czasu złożenia nowej deklaracji przez świadczeniobiorcę. Oceny tej nie zmieniają zarzuty pozwanego Funduszu, że strona powodowa nie dochowała umownego trybu postępowania w razie zaprzestania wykonywania świadczeń przez lekarza POZ. W takiej bowiem sytuacji strona pozwana mogłaby dochodzić ewentualnych kar umownych, co jednak nie może wpływać w jakikolwiek sposób na samą zasadę odpowiedzialności strony pozwanej w niniejszym procesie. Niezależnie od tego należy podnieść, że strona powodowa w zakresie przepisania zakwestionowanych deklaracji nie posiadała żadnego instrumentu prawnego, aby przymusić poszczególnych pacjentów do przepisania się do innych lekarzy. Co więcej raz zadeklarowani pacjenci mogli zresztą nie pojawiać się u swojego lekarza POZ całymi latami, np. jeżeli lekceważyli regularne badania lub legitymowali się dobrym zdrowiem. Ponieważ umowa uzależniała wypłatę wynagrodzenia od liczby zadeklarowanych w danej przychodni pacjentów, należało uznać, że strona powodowa była uprawniona do otrzymania ryczałtowego wynagrodzenia za każdego zdeklarowanego pacjenta. Stąd roszczenie o zapłatę kwoty 58.815,90 zasługiwało na uwzględnienie. O roszczeniu odsetkowym od poszczególnych kwot składających się na kwotę zasądzonego świadczenia, orzeczono zgodnie z żądaniem pozwu w oparciu o przepis art. 481 § 1 k.c. W punkcie II wyroku Sąd oddalił roszczenie strony powodowej w zakresie zapłaty kwoty 3 zł, która to kwota jest wynikiem błędu rachunkowego i stanowi różnicę pomiędzy kwotą dochodzoną rozszerzonym żądaniem pozwu (58.818,90 zł), a poszczególnymi kwotami wynikającymi z niezapłaconych faktur (58.815,90 zł). O kosztach orzeczono w oparciu o art. 98 k.p.c.

Strona pozwana zaskarżyła wyrok w całości. Zarzuciła ona:

1) naruszenie prawa materialnego przez błędną jego wykładnię, niewłaściwe zastosowanie lub niezastosowanie, w szczególności:

a) art 56, 65, 353, 353<sup>1</sup> i 354 k.c. w zw. z zapisami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - podstawowa opieka zdrowotna i postanowieniami zarządzenia Prezesa NFZ nr (...) z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, poprzez:

- przyjęcie, że „stronie powodowej należy się wypłata wynagrodzenia za każdego pacjenta objętego deklaracją wyboru lekarza, niezależnie od tego czy lekarz ten faktycznie w danym okresie świadczył na rzecz strony powodowej usługi, co skutkowało nałożeniem na stronę pozwaną dodatkowego zobowiązania, nie wynikającego z treści stosunku umownego, z celu społeczno-gospodarczego lub zasad współżycia społecznego,
- przyjęcie, że „umowa uzależniała wypłatę wynagrodzenia od liczby zadeklarowanych w danej przychodni pacjentów”, co do zasady pozostaje w sprzeczności z ustawowym założeniem systemowym, którego odbicie stanowią zapisy umowne (wybór lekarza),
- pominięcie tych spośród postanowień umowy oraz zarządzenia, które wskazują wprost, iż stanowiąca podstawę rozliczenia „lista świadczeniobiorców” zawiera każdorazowo aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, objętych opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń

w ramach umowy (w momencie rozliczania realizacji umowy), nadto, że ww. listę sporządza się odrębnie dla każdego lekarza realizującego świadczenia u świadczeniodawcy,

- całkowite pominięcie bezpośredniego wpływu okresu obowiązywania umowy (zerwania ciągłości umowy) na ważność deklaracji i możliwość przepisywania pacjentów do innych lekarzy powoda.

b) niezastosowanie art. 56 ust. 1 w zw. z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U.

2008 Nr 164, póź. 1027 ze znr), który statuuje zasadę wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej poprzez złożenie oświadczenia woli „deklaracja wyboru”, a nie jak de facto przyjęto w wyroku Sądu I instancji, świadczeniodawcy;

2) naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na wynik sprawy, w szczególności;

a) art. 245 k.p.c. - poprzez rekonstrukcję treści umownego stosunku zobowiązaniowego w sposób nieodpowiadający dokumentowi prywatnemu obejmującemu oświadczenie woli stron,

a) art. 231 k.p.c. - poprzez błędne wyprowadzenie z faktu braku po stronie powoda instrumentu prawnego skłaniającego pacjentów do przepisywania się do innych lekarzy kategorycznego wniosku o braku wpływu powoda na decyzje pacjenta w tym zakresie oraz przyjęcie braku wpływu stwierdzonego wyrokiem niedochowania obowiązku informacyjnego przez powoda na proces przepisywania się pacjentów do lekarzy pracujących u powoda. Wobec powyższego pozwany wnosił o zmianę wskazanego wyżej wyroku w całości poprzez: oddalenie oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania za pierwszą instancję a także zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania apelacyjnego, ewentualnie uchylenie wskazanego wyżej wyroku w zaskarżonej całości i przekazanie sprawy Sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja nie jest uzasadniona.

**I.** Sąd Okręgowy w zakresie stanu faktycznego uznał ustalenia Sądu I Instancji za własne. Trzeba podkreślić, że strona pozwana nie kwestionowała w apelacji wskazanych ustaleń; także Sąd Odwoławczy nie znalazł podstaw do zmiany w tym zakresie. Natomiast okazało się koniecznym uzupełnienie pewnych faktów przez Sąd II Instancji w efekcie zbadania sprawy pod kątem okoliczności istotnych dla jej rozstrzygnięcia.

Mianowicie doktor A. P. (1) była zatrudniona u strony powodowej nie tylko w roku 2008, jak ustala Sąd Rejonowy, ale także w roku 2009, gdyż nie pracowała od 2010r. Co zaś do B. K. (1), to była ona zatrudniona przez cały czas od roku 2001, czyli także w roku 2012r. Natomiast z powodu choroby nowotworowej nie wykonywała swoich obowiązków faktycznie od początku 2008r. do 2012r./dowód: wyjaśnienia do kontroli NFZ dyrektora (...) –k. 117,

Lekarze: N. L., B. K. oraz A. P. (1) nie byli wykazywani we wniosku powoda o zawarcie umowy w roku 2010, jak również w roku 2011. W roku 2012 jako zatrudniona została wykazana jedynie doktor B. K., która wznowiła świadczenie pracy, zaś pozostali nadal nie byli wykazywani. Dane te wynikały za rok 2010 z wniosku powoda o zawarcie umowy oraz z danych umieszczonych na portalu NFZ. Jak chodzi o wniosek z 2011r., to powód nie złożył takowego z uwagi na przynależność do (...) Związku (...) i wynikające z tego faktu uproszczenia w zawieraniu przez niego umów. Było to także przyczyną braku załącznika do umowy z 2011r. pt. „harmonogram pracy”, gdzie mowa jest o lekarzach świadczących pracę w danym roku. Pozwany akceptował taką sytuację (chodzi o brak wniosku i załącznika w roku 2011).

/okoliczności przyznane przez stronę pozwaną – k. 186 verte, nadto kopia skróconego wniosku do umowy za 2011r. – k. 247/.

Strona powodowa w latach 2008-2010 udzielała świadczeń pacjentom, którzy złożyli deklaracje wyboru do lekarzy: N. L., A. P. i B. K. także w okresie, gdy wymienieni lekarze zaprzestali udzielania świadczeń.

/dowód: wydruk z systemu informatycznego NFZ – k. 251-262, oświadczenie dyrektora Przychodni – k. 119/.

Strona powodowa miała obowiązek, w świetle umowy z 2011 i 2012r. ( jak i poprzedniej z roku 2007) udzielania świadczeń przy wykorzystaniu zasobów i zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 1 do umowy ( którego brak za rok 2011r.). Nadto była obowiązana do aktualizowania swoich danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, a zwłaszcza co do osób udzielających świadczeń

( lekarzy), poza zmianami nie przekraczającymi 14 dni. Aktualizacja następowała poprzez aktualizowanie danych zamieszczanych na portalu NFZ.

/dowód umowa z NFZ z 2011r. i z 2012r. – k.64-65, k. 71/

Świadczeniodawca obowiązany był do gromadzenia i przechowywania list świadczeniobiorców objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru lekarza i przekazywania ich w formie elektronicznej w okresach miesięcznych do NFZ. Na tej podstawie NFZ weryfikował tę listę ( porównując z listami otrzymanymi od innych świadczeniodawców) i następnie przekazywał potwierdzoną informację o liczbie pacjentów, chyba że wyniki kontroli wskazywałyby na potrzebę ponownej weryfikacji listy. W przypadku nienależytego wykonania lub niewykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, dyrektor NFZ mógł nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną na zasadach i w trybie określonym w OWU.

/dowód: umowa z NFZ z 2011 i 2012r. – k. 65-66, 73-75/.

Poprzednia umowa (sprzed roku 2011r.) została między stronami zawarta w 2007r. Obowiązywała ona aż do końca 2010r., ze zmianami wynikającymi z kolejnych aneksów, uwzględniającymi zarządzenia Prezesa NFZ. Początkowo ( za rok 2007) widniał w niej zapis, iż w przypadku zaprzestania pracy przez lekarza pracującego u świadczeniodawcy, ten ostatni jest obowiązany udzielać świadczeń jeszcze przez 6 okresów sprawozdawczych ( czyli praktycznie przez 6 miesięcy). Zapis ten został zmieniony aneksem obowiązującym w następnym 2008 roku w ten sposób, że wskazano, iż w powyższym przypadku obowiązkiem świadczeniodawcy jest udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza poz ( pod warunkiem zatrudnienia nowego, chyba że liczba osób udzielających świadczeń pozwala na zachowanie norm dotyczących liczby świadczeniobiorców). Umowa zawierała też określenie sposobu finansowania na podstawie list przekazywanych przez świadczeniodawcę, sporządzonych w oparciu o deklaracje wyboru, obowiązków informacyjnych świadczeniodawcy oraz zastrzeżenie kar umownych.

/dowód: umowa z NFZ z 2007r. z kolejnymi aneksami – k. 204-246/.

W dniu 30 grudnia 2010r. weszło w życie ( po opublikowaniu w tym dniu) Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 grudnia 2010r. nr (...) zmieniające dotychczas obowiązujące zarządzenie nr (...) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, które dodało do poprzedniego Zarządzenia paragraf 10a stanowiący m.in., że w przypadku zaprzestania świadczeń przez lekarza poz, świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do określonego lekarza poz, do czasu dokonania ponownego jego wyboru; świadczeniodawca zobowiązany jest do podjęcia działań zmierzających do zachowania zalecanych norm dotyczących liczby świadczeniobiorców; złożone uprzednio deklaracje zachowują ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę. Zarządzenie w takim brzmieniu obowiązywało w okresie trwania obu umów z 2011 i 2012r., zaś powód i pozwany wprowadzili jego treść do umów z tych lat.

W wystąpieniu Ministra Zdrowia skierowanym do Prezesa NFZ z dnia 7 lipca 2011r. wskazano, że Minister zwrócił się do dyrektorów oddziałów NFZ o ścisłe przestrzeganie

§ 10a omawianego Zarządzenia, a zatem niekwestionowanie w przedmiotowych przypadkach deklaracji wyboru jako podstawy rozliczeń świadczeniodawcy z NFZ.

/dowód: odpis zarządzenia Prezesa NFZ /k.151/ i umowy z 2011-2012r. –k. 64 i 71, pismo Ministra Zdrowia – k. 76/.

W stosunku do strony powodowej Narodowy Fundusz Zdrowia wdrożył postępowanie kontrolne w związku z wątpliwościami co do stanu zatrudnienia osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy. Stało się to w związku z wystąpieniem powoda do NFZ o zwiększenie limitu świadczeniobiorców przypadających na 1 lekarza. W ramach tego postępowania na dalszym jego etapie uwzględniono zażalenie świadczeniodawcy i zalecono ponowne zbadanie sprawy przez Dyrektora (...) NFZ.

/dowód: dokumenty postępowania kontrolnego – k. 113-k.120, pismo Prezesa NFZ uwzględniające zażalenie – k. 371-378/.

Uzupełniając powyższy stan faktyczny Sąd Odwoławczy działał w ramach swoich uprawnień i obowiązków jako sąd meriti. Ustalenia oparto bądź na niekwestionowanych dokumentach przedłożonych przez obie strony, bądź też na faktach ocenionych jako niesporne między stronami względnie przyznane przez jedną ze stron. Wraz z ustaleniami poczynionymi przez Sąd Rejonowy – stanowią one całość ustaleń faktycznych sprawy.

**II.** Przechodząc do oceny prawnej należy nakreślić poszczególne elementy systemu finansowania świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i na tym tle wyszczególnić sporne elementy w niniejszej sprawie.

Konstytucja RP w art. 68 ust. 2 określa zasadę zapewnienia obywatelom świadczeń gwarantowanych, to jest wskazuje, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych; warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. W wyroku z dnia 7 stycznia 2004r. (K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz.1) Trybunał Konstytucyjny zauważył, że świadczenia finansowane z wyżej wymienionych środków mają być dostępne dla obywateli, przy czym nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze programowym, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia; sformułowanie Konstytucji jest kategorię gwarancyjny. Oznacza to, że zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych został zaliczony do materii ustawowej. Konsekwencją tego są uregulowania ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. (t.j.DZ.U. 2008.164.1027 z późn. zmianami) o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej u.ś.o.z.), gdzie w art. 15 wskazano, że świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu m.in. podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie wykaz tych świadczeń nie został uregulowany ustawą; upoważniła ona jedynie ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia tegoż w drodze rozporządzeń. Ze wspomnianego art. 15 ust. 2 u.ś.o.z. wynika więc, że każda osoba uprawniona ma prawo domagać się, aby świadczenie z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zostało jej udzielone. Należy zauważyć, że niewykonanie określonych świadczeń przez świadczeniodawcę, mimo posiadania odpowiedniej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie tej umowy, może uzasadniać odpowiedzialność karną odnośnie naruszenia wspomnianej zasady zapewniania pacjentom gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej (por. Tomasz Sroka w: Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie, wyd. Lex a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2013, str. 372)

W ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 28 u.ś.o.z. pacjent ma prawo wyboru m.in. lekarza, nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, poza zmianą miejsca zamieszkania oraz zaprzestaniem pracy przez lekarza, czy innymi przyczynami niezależnymi od woli świadczeniobiorcy. Zgodnie z art. 56 u.ś.o.z. wybór lekarza pacjent potwierdza pisemnym oświadczeniem woli, zwanym „deklaracją wyboru”. Ustawa w omawianym przepisie wskazuje dane, które ma zawierać deklaracja wyboru, dotyczące przede wszystkim pacjenta, ale także osobę lekarza i siedzibę świadczeniodawcy. Świadczeniodawca ma obowiązek sprawdzić deklarację

pod kątem poprawności jej wypełnienia oraz pod kątem uprawnień pacjenta do korzystania ze świadczeń określonych w ustawie. Przepis wskazuje, że wypełnione deklaracje świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie. Zgodnie zaś z art. 132 u.ś.o.z. podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta między dyrektorem oddziału funduszu a świadczeniodawcą (jeśli chodzi o lekarzy – albo z lekarzem, albo podmiotem zatrudniającym lekarzy, czyli publicznym bądź prywatnym zakładem opieki zdrowotnej). Do umów tych stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej ( art. 155 u.ś.o.z.).

Na podstawie delegacji ustawowej (art. 137 ust. 9 u.ś.o.z.) Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (DZ.U. 2008.81.484). Rozporządzenie powyższe ma charakter aktu normatywnego należącego do systemu źródeł prawa w rozumieniu art. 87 ust. 1 Konstytucji RP, bezwzględnie obowiązującego, zatem kształtuje treść umowy w takim samym stopniu jak ustawa (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2010r. III CSK 93/10, Lex nr 1001312). Wedle tegoż rozporządzenia, należności z tytułu świadczeń rozliczanych na podstawie stawki kapitacyjnej określane są w okresie sprawozdawczym na podstawie iloczynu odpowiedniej stawki i liczby świadczeniobiorców. Informację o liczbie świadczeniobiorców przekazuje świadczeniodawca według stanu na pierwszy dzień miesiąca na podstawie posiadanych deklaracji wyboru, zaś fundusz weryfikuje tę listę i zwrotnie odsyła świadczeniodawcy, co stanowi podstawę do sporządzenia rachunku, czyli dokumentu rozliczeniowego (§ 17 Rozporządzenia). Okres sprawozdawczy wedle Rozporządzenia to okres 1 miesiąca, zaś należność ma być wypłacona w terminie 15 dni po dniu dostarczenia informacji o liczbie świadczeniobiorców i dokumentów rozliczeniowych (§ 24 Rozporządzenia). Umowa może zawierać zastrzeżenie o karze umownej w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy (§ 29 Rozporządzenia).

Jak widać z powyższego, wprowadzenie do umów elementów związanych ze sposobem finansowania w okresie rozliczeniowym w oparciu o listę sporządzoną wedle deklaracji wyboru stanowi obowiązkowy, bo określony normatywnie element umowy. Normatywnie też została określona treść deklaracji wyboru, co stanowi podstawę do określenia jej ważności. Już w tym miejscu należy wskazać, że kwestia zaprzestania świadczenia usług przez lekarza nie wpływa na ważność deklaracji z punktu widzenia jej obowiązkowej treści. Innymi słowy, jeśli pacjent w deklaracji wskazał lekarza zatrudnionego następnie u świadczeniodawcy, to fakt późniejszego zaprzestania pracy (lub świadczenia faktycznie usług) nie stanowi o automatycznym braku ważności deklaracji. Taki wniosek wpływa już z jej obowiązkowej treści, gdzie nie ma mowy o zakończeniu świadczenia pracy przez lekarza. Zresztą w takim wypadku – z przyczyn oczywistych – deklaracja wyboru musiałaby być dokumentem wspólnym świadczeniodawcy i pacjenta, warunkowanym okolicznościami zatrudnienia lekarza, do którego zgłosił się konkretny pacjent. Oczywiście dany lekarz po wypełnieniu deklaracji musi pracować w przychodni, gdyż deklaracja wypełniona w odniesieniu do lekarza nigdy nie zatrudnionego po jej wypełnieniu byłaby deklaracją „pustą” a więc nieważną. Natomiast o ile lekarz następnie zaprzestaje pracy, to oczywiście nie ma to bezpośredniego wpływu na oświadczenie woli pacjenta z punktu widzenia jego ważności. Wskazują też na tę okoliczność normatywne obowiązki świadczeniodawcy: 1/ sprawdzania prawidłowości deklaracji wyboru lekarza i 2/ sporządzania na ich podstawie właściwej, aktualnej listy osób objętych opieką. Pamiętać należy, że celem umów zawartych na podstawie wskazanych aktów prawnych było zapewnienie ubezpieczonym świadczeń określonych w ustawie, a zatem postanowienia umów i obowiązki stron powinny być wykładane zgodnie z tym celem. Skoro deklaracje miały dokumentować to prawo pacjentów, a jednocześnie stanowić podstawę rozliczenia

(uzyskania zapłaty za świadczenia), to tylko takie błędy w deklaracjach, które uzasadniają domniemanie, że pacjent nie ma uprawnienia do otrzymania świadczeń określonych w umowie stron, albo że uprawnienie to realizuje jednocześnie w innym zoz, lub świadczące o wpisaniu nieprawdziwych danych w celu uzyskania nienależnych świadczeń, mogłyby uzasadniać odmowę wypłaty. Innymi słowy, muszą to być takie błędy w wypełnieniu deklaracji, które miała obowiązek zweryfikować strona powodowa (por. uzasadnienie wyroku SN z 7 grudnia 2005r. V CSK 12/05, Lex nr 1111043). Skoro deklaracja prawidłowo wskazuje lekarza świadczącego pracę u świadczeniodawcy w okresie po jej wypełnieniu, to fakt zaprzestania następnie tej pracy nie może wpłynąć na jej ważność, skoro jej treścią normatywnie określoną nie



jest informacja w tym przedmiocie. Mowa tutaj, co należy podkreślić, o ważności deklaracji jako oświadczeniu woli pacjenta.

Z tego punktu widzenia jest oczywistym, że prawidłowo wypełniona, czyli ważna deklaracja wyboru obowiązuje do chwili odwołania lub zmiany oświadczenia woli przez pacjenta. Powyższe potwierdzają zapisy umów, które wyraźnie stwierdzają, że złożone deklaracje zachowują swoją ważność do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniobiorcę. Powstaje natomiast istotne pytanie o kwestię finansowania świadczeń w oparciu o takie deklaracje w przypadku zaprzestania świadczeń u świadczeniodawcy przez lekarza, do którego zadeklarował się pacjent. W tym zakresie umowy są jednoznaczne, a mianowicie nakazują świadczeniodawcy udzielanie świadczeń do czasu ponownego złożenia deklaracji przez świadczeniodawcę (czyli odwołania lub zmiany jego oświadczenia woli). Jest to oczywiste, zważywszy na fakt, że to od pacjenta zależy złożenie nowego oświadczenia woli. Tutaj rację ma Sąd Rejonowy, że świadczeniodawca nie może zmusić w żaden sposób pacjenta do tego rodzaju działania. Owszem, zgodnie z umową świadczeniodawca ma obowiązek zawiadomienia o takiej sytuacji świadczeniobiorców, poprzez zamieszczenie stosownego ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń. Jednak jeśli pacjent nie stawia się w zoz, nie ma sposobu wywarcia na niego presji, aby „zaktualizował” swoje oświadczenie woli. Warto tutaj zauważyć, że świadczeniodawca w tym systemie nie może odmówić świadczenia pacjentowi, który zgłasza się do innego lekarza w tej samej przychodni, niż ten, do którego jest zadeklarowany. Może być tutaj dużo przyczyn, a najczęstszą jest po prostu brak dostępności danego lekarza w danym dniu lub w danych godzinach, kiedy do zoz zgłasza się pacjent. Z punktu widzenia celów systemu, czyli udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej osobom do tego uprawnionym, jest to całkowicie uzasadnione. W ramach bowiem danego zoz jako świadczeniodawcy, pacjenci są wprawdzie zadeklarowani do konkretnych lekarzy, ale środki płyną za pacjentem (wedle deklaracji), zatem możliwe jest płynne zorganizowanie udzielania świadczeń w sytuacji, gdy nie jest do przewidzenia, ilu pacjentów i do kogo zadeklarowanych skorzysta ze świadczeń. Rację ma strona pozwana, gdy wskazuje, że zgodnie z przepisami deklaracja określa danego lekarza, którego wybiera pacjent. Jednak najczęściej lekarz ten jest zatrudniony w danym zoz, a świadczeniodawca dokonuje rozliczenia całościowo, za ogół świadczeniobiorców pozostających pod opieką wszystkich jego lekarzy, bez względu na fakt, który z nich udzielił konkretnego świadczenia. Najlepszym tego dowodem jest fakt, że migracje pacjentów w ramach jednego zoz nie znajdują odzwierciedlenia w rozliczeniach finansowych; stąd też pojawił się pogląd, że zmiana lekarza w ramach jednego świadczeniodawcy nie stanowi zmiany lekarza w rozumieniu zapisów umowy (por. Agnieszka Pietraszewska – Macheta w: Komentarz do art. 56 ustawy u.ś.o.z., Lex/el.). Jak z tego widać, w przypadku świadczeniodawców zatrudniających lekarzy, ocena zapisów ustawy co do wyboru lekarza, a nie placówki zoz, nie jest już tak jednoznaczna, jak w przypadku wyboru lekarza będącego jednocześnie świadczeniodawcą.

W przypadku zaś zaprzestania pracy przez lekarza, do momentu złożenia ponownej deklaracji nikt łącznie ze świadczeniodawcą – zoz nie wie, czy nastąpi zmiana, to jest wyjście poza dany zoz, czy też nie. Równocześnie ubezpieczony pacjent ma konstytucyjne uprawnienie, o czym niejednokrotnie była już mowa, do otrzymania gwarantowanego świadczenia. Stąd też pojawiły się rozwiązania zobowiązujące do udzielania świadczeń także w przypadku zaprzestania pracy przez danego lekarza, do czasu złożenia nowej deklaracji wyboru. Do tego momentu finansowanie świadczeń odbywa się w oparciu o dotychczasowe listy sporządzone w oparciu o dotychczasowe deklaracje wyboru, które pozostają ważne. Tak więc w przypadku zaprzestania pracy przez lekarza, do czasu zmiany lub odwołania deklaracji przez pacjenta – świadczeniodawca przesyła listy świadczeniobiorców wedle dotychczasowych deklaracji i ma prawo otrzymywać z tego tytułu świadczenie od NFZ zgodnie z umową.

W tym miejscu należy rozważyć kwestię niewykonania obowiązków informacyjnych w stosunku do NFZ określonych w umowie względnie nieterminowego zamieszczenia ogłoszenia o zaprzestaniu wykonywania świadczeń przez danego lekarza. Na gruncie niniejszej sprawy zostało ustalone, że co do pierwszej kwestii, strona powodowa wykonała swe obowiązki należycie. Z ustaleń Sądu Okręgowego wynika niezbicie (co przyznaje strona pozwana), że strona powodowa nie wprowadziła pozwanego w błąd poprzez zatajenie faktu niewykonywania pracy przez lekarzy. Przeciwnie, fakty te były jawne, skoro w okresie 2011 – 2012 lekarze ci nie byli wykazywani (poza B. K. w roku 2012, kiedy jednak podjęła ona pracę, zatem było to prawidłowe). Innymi słowy, strona powodowa w żadnym razie nie zataiła faktu zaprzestania pracy przez wymienionych lekarzy. Stąd też trudno się dopatrzeć

naruszenia obowiązków informacyjnych. Co zaś do zamieszczenia ogłoszenia, tutaj strona powodowa twierdzi, że uczyniła zadość temu obowiązkowi. Jeśli zdaniem strony pozwanej, uczyniła to zbyt późno ( pomijając fakt, że brak konkretnego terminu w umowie, określonego nawet poprzez słowo „niezwłocznie”, czy podobne) – to może to skutkować ewentualnie nałożeniem kary umownej za niewłaściwe wykonanie zobowiązania, lecz nie wpływa na zakres należności wypłaconych wedle złożonych ważnych deklaracji. W ocenie Sądu Okręgowego na przyszłość należałoby jednak bliżej sprecyzować ten obowiązek w umowie, jeśli ma to stanowić realne źródło wyciągania konsekwencji w postaci kar umownych ( na przykład poprzez podanie terminu lub okresu od zaprzestania świadczeń przez danego lekarza, kiedy ma zostać umieszczone ogłoszenie).

W efekcie powyższych rozważań, nie ulega wątpliwości, że w ramach danej umowy NFZ ma wypłacać należność także w przypadku zaprzestania pracy przez danego lekarza, gdyż druga strona zobowiązała się do kontynuowania wówczas świadczeń na rzecz danego pacjenta. Pytanie, jakie powstaje na tle zarzutów zgłoszonych przez stronę pozwaną tak w trakcie postępowania przed sądem I instancji, jak i w apelacji, dotyczy ważności deklaracji poza stosunkiem umownym. Innymi słowy, chodzi o to, czy z momentem wygaśnięcia poprzedniej, a nawiązania nowej umowy złożone deklaracje pozostają ważne, czy też ich ważność jest oceniana wyłącznie w ramach danej umowy. Przy tym ostatnim rozumieniu konsekwencją byłaby konieczność zbierania wszystkich deklaracji od nowa na początku każdej umowy. Strona pozwana uważa przy tym, że ta konieczność nie dotyczy deklaracji do lekarzy pracujących nadal w danym zoz, ale uzasadnia to zapatrywanie wyłącznie swoją dobrą wolą. Mianowicie, strona pozwana twierdzi /k.106/, że w takim wypadku pozwany NFZ wychodząc naprzeciw interesom przyszłych świadczeniodawców, zakładając co do zasady ich dobrą wolę oraz mając na względzie czas trwania zbierania populacji, uznaje za dopuszczalne zgromadzenie populacji jeszcze przed podpisaniem umowy, ze względów celowościowych. Innymi słowy, niektóre deklaracje ( te, które dotyczą lekarzy nadal zatrudnionych w zoz) strona pozwana uznaje za ważne, a inne ( które dotyczą lekarzy nie świadczących) – już nie. Na podstawie tych drugich strona pozwana uważa, że powinna zaprzestać przesyłania środków.

Jest oczywistym, że rozumienie tak istotnego zagadnienia, z konsekwencją w postaci ewentualnego zmniejszenia należności dla zoz, nie może zależeć wyłącznie od dobrej woli jednej ze stron umowy. O ile jest oczywistym, że udzielanie świadczeń przez obie strony, a zwłaszcza wypłata należności przez NFZ, nie może odbywać się poza stosunkiem umownym, gdyż przesądziła to omawiana ustawa, o tyle kwestia istnienia i ważności deklaracji jest czymś innym i musi rozciągnąć się poza ten stosunek. Jak już wyżej to powiedziano, prawidłowo wypełniona deklaracja – sama w sobie - jest ważnym oświadczeniem woli do czasu jego odwołania lub zmiany przez składającego takie oświadczenie ( pacjenta). Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych statuuje wybór lekarza na podstawie takiego oświadczenia woli i nie uzależnia jego ważności od czasu trwania jakiegokolwiek stosunku umownego. Czym innym jest określenie warunków ważności takiej deklaracji „samej w sobie”, a czym innym kwestia skutków prawnych związanych z jej złożeniem. Takie skutki prawne, jak kwestia wypłaty należności przez NFZ wedle listy, muszą być i będą powiązane z czasem trwania umowy, jednak w ocenie Sądu Okręgowego nie może to dotyczyć ważności samej deklaracji, skoro jej złożenie nie zależy od stron umowy, a od ubezpieczonego i skoro jest ono jedynie jego prawem a nie obowiązkiem.

Jest to oczywiste z punktu widzenia celowościowego. Wymóg zbierania deklaracji na nowo od wszystkich pacjentów co roku ( gdyż aktualnie umowy zawierane są co roku) jest oczywiście zadaniem niewykonalnym technicznie i organizacyjnie i spowodowałby paraliż zoz. Wymóg zbierania deklaracji od pacjentów „przypisanych” poprzez deklarację do lekarzy już nie świadczących pracy w danym zoz byłby dokładnie tym samym, tylko na mniejszą skalę. Nadto wówczas byłoby niezrozumiałym, dlaczego fundusz miałby obowiązek finansować taką deklarację w czasie trwania poprzedniej umowy, a z chwilą zawarcia nowej już nie. Pytanie to należy postawić nie w odniesieniu do obowiązku finansowania zawartego w poprzedniej umowie ( co jest jasne), lecz w odniesieniu do tego, że z punktu widzenia ważnego oświadczenia woli taka deklaracja jest warta tyle samo, co deklaracja złożona do lekarza, który nie zaprzestał świadczeń. Zatem jeśliby fundusz chciał zaprzestać finansowania tylko z tego powodu, że dany lekarz już nie pracuje, to nie wiadomo, dlaczego nie miałby tego uczynić z chwilą zaprzestania tej pracy, a nie dopiero z chwilą zakończenia jednej umowy i zawarcia nowej. Jednak tak się nie dzieje, a do umów wprowadzono odpowiednie zapisy. Na pytanie, dlaczego, odpowiedź jest oczywista: do umów o udzielanie świadczeń wprowadzono postanowienia

umożliwiający zachowanie prawa do wynagrodzenia za okres przejściowy (pod warunkiem utrzymania gotowości do udzielania świadczeń pacjentom wpisanym na listę lekarza, który zaprzestał udzielania świadczeń, do czasu złożenia ponownej deklaracji) - z uwagi na fakt, że finansowanie kapitacyjne uniezależnione jest od tego, czy świadczenia te są rzeczywiście wykonywane oraz w jakiej liczbie są wykonywane. W ten sposób usankcjonowano fakt, że wielu pacjentów związanych jest raczej z konkretnym zoz, a nie konkretnym lekarzem poz, oraz wzięto pod uwagę interesy świadczeniodawców (por. Grzegorz Machulak, Agnieszka Pietraszewska – Macheta w: Komentarz do art. 28,29,30 i 31 ustawy u.ś.o.z., Lex/el.) . Zapewnia to też ciągłość wykonywanych świadczeń. Tak więc zważywszy na bardzo krótkie obecnie okresy zawierania umów, istnieje konieczność uznania skuteczności raz złożonych deklaracji (do czasu ich zmiany przez pacjenta) także w okresach pomiędzy umowami (po wygaśnięciu jednej a zawarciem drugiej) z punktu widzenia celowościowego.

Jak to już wyżej wskazano - w świetle prawa, jako ważne oświadczenie woli, deklaracja wyboru pozostaje skuteczna do chwili jej odwołania lub zmiany. Wynika to po pierwsze, z konstrukcji samego oświadczenia woli oraz z konstrukcji deklaracji zawartej w ustawie u.ś.o.z. Jak to uprzednio nakreślono, istnieje także konieczność uznania jej skuteczności w okresie pomiędzy umowami – dla umożliwienia konstruowania w oparciu o nią kolejnych umów, przy czym dotyczy to tak deklaracji do lekarza dalej świadczącego w danym zoz, jak i do takiego, który już nie świadczy, o ile deklaracja nie została zmieniona lub odwołana. Na gruncie oświadczenia woli jako takiego obie bowiem mają ten sam walor prawny, o ile oczywiście dany lekarz pracował w zoz po złożeniu skierowanej do niego deklaracji. Pozostaje zatem odpowiedzieć na pytanie, czy w istocie skuteczność tych deklaracji w okresie między umowami nie została ustalona po części także normatywnie.

Przy rozwiązaniu tego problemu trzeba powrócić do kwestii Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr (...), zmieniającego zarządzenie nr (...), obowiązującego z dniem 30 grudnia 2010r. i stanowiącego obowiązkowy składnik umów między stronami z roku 2011 i 2012r. Jak ustalono w stanie faktycznym, zarządzenie to wprowadzało w § 10a obowiązek udzielania świadczeń w przypadku zaprzestania pracy przez lekarza do czasu ponownego wyboru lekarza. Taki obowiązek musiał być zatem wprowadzony do każdej umowy, ale siłą faktu dotyczył jedynie okresu jej obowiązywania, gdyż świadczenia mogą być wykonywane tylko na podstawie umowy. Jednak w tym samym paragrafie wskazuje się, że złożone uprzednio deklaracje zachowują ważność do czasu ponownego złożenia ich przez świadczeniobiorcę. Warto zwrócić uwagę, że ten ostatni zapis nie może dotyczyć wyłącznie czasu trwania umowy, gdyż oczywiście nie wiadomo, kiedy świadczeniobiorca złoży nową deklarację. Warto tutaj przypomnieć stanowisko wyrażone przez autorów Bożenę Łukasik i Joannę Nowak-Kubiak w: Komentarz do art.56 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Lex/el.: „Świadczeniodawca nie może także "przypisać" pacjentowi innego lekarza, gdyż taka czynność zastąpiłaby oświadczenie woli pacjenta, co nie zostało prawnie dopuszczone, ponieważ deklaracja nie jest również własnością świadczeniodawcy”. Ta interpretacja, o czym już była mowa, odpowiada definicji deklaracji wyboru zawartej w ustawie u.ś.o.z.

Nadto nie jest to zapis umowny, lecz zarządzenie, które w swej treści musi być wprowadzone do umowy, lecz równocześnie wiąże jednostki NFZ zanim dojdzie do jej zawarcia. Oczywiście zarządzenie to nie jest źródłem powszechnie stosowanego prawa w rozumieniu przepisów Konstytucji RP (art. 87 Konstytucji). Zgodnie z art. 146. u.ś.o.z. Prezes Funduszu określa: 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; 2) kryteria oceny ofert; 3) warunki wymagane od świadczeniodawców i praktycznie czyni to w drodze zarządzenia. Konstrukcja tego zarządzenia jest odmienna od analogicznych zarządzeń dotyczących innych rodzajów świadczeń. Zawiera ona zarówno wymagania merytoryczne dotyczące świadczeniodawców POZ, jak i wszystkie wymagania formalne wiążące się ze złożeniem wniosku o zawarcie umowy do Funduszu. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 16 stycznia 2012 r. (VI SA/Wa 1545/11, LEX nr 1121765) wskazał, iż: „Nie można utożsamiać "zarządzenia" Prezesa NFZ, wydanego w oparciu o art. 146 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z zarządzeniami, w znaczeniu użytym w art. 93 Konstytucji. Brak jest również jakichkolwiek argumentów dla przyjęcia tezy, iż dokument określający warunki wymagane od świadczeniodawców biorących udział w określonym konkursie ofert (niezależnie od przyjętej jego nazwy) określa prawa lub obowiązki uczestników tego konkursu. Określenie warunków wymaganych od

uczestników konkursu nie kreuje praw, czy też obowiązków potencjalnych uczestników tego konkursu, lecz wskazuje (poprzez określenie wymagań) adresatów, którzy mogą wziąć udział w konkursie. Spełnienie przez oferenta i ofertę warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest nakazem ustawowym wynikającym a contrario z art. 149 ust. 1 pkt 8 cyt. Ustawy”. WSA wskazał w uzasadnieniu tego orzeczenia, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z posiadanymi kompetencjami, uwzględniając przy ich tworzeniu obowiązujące przepisy prawa; w przypadku przystąpienia świadczeniodawcy do danego konkursu ofert poprzez złożenie w nim stosownej oferty, zarządzenia mające zastosowanie do prowadzonego postępowania, stają się również wiążące dla tegoż świadczeniodawcy. Niemniej omawiane zarządzenie stanowi dla dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu podstawę do zawarcia umów o udzielanie świadczeń w poszczególnych zakresach, co oznacza, że jest dla nich wiążące w okresie przed zawarciem umowy. Jak się wydaje, można tutaj wyprowadzić wniosek o związaniu dyrektorów NFZ wydanymi przez Prezesa warunkami zawarcia umowy (ujętymi we wzorzec kwalifikowany wyznaczający treść stosunku prawnego, oddziałujący na treść, ale zewnętrzny wobec umowy – por. wyrok SN z 30 marca 2012r., III CSK 217/11, Lex nr 1224682), które dla świadczeniodawców mają moc obowiązującą dopiero z chwilą jej zawarcia. Wobec brzmienia § 10a Zarządzenia Prezesa NFZ potwierdzałoby to tezę o ważności deklaracji zgodnych z ustawą także w okresie między zawarciem umowy, choć oczywiście bez tej umowy żadne świadczenia w oparciu o te deklaracje odbywać się nie mogą.

Warto nadto zauważyć, że choć Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie jest organem władzy publicznej, to niewątpliwie NFZ jako państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, wykonująca zadania publiczne z zakresu ochrony zdrowia i gospodarowania środkami publicznymi, mógłby zostać uznany za podmiot wykonujący ustawowo określone zadania publiczne. Wobec powyższego, można by także skonstruować teorię o możliwości wydawania przez Prezesa NFZ ( na mocy ustawowej kompetencji) aktów tzw. stosowania prawa. Wedle koncepcji Mariana Kuleszy wskazanej w: Źródła prawa i przepisy administracyjne w świetle nowej Konstytucji (PiP 1998, z. 2, s. 12 i n.) – jest to nic innego jak własne (określone ustawami) formy działania władzy wykonawczej i administracji publicznej, do których obok innych aktów i czynności administracyjnych o charakterze konstytutywnym – należy stanowienie przepisów administracyjnych, a więc również “aktów prawnych”. Stanowienie takich przepisów administracyjnych należy do kategorii prawnych form działania administracji, a nie do kategorii “źródeł prawa”, bo też w istocie rzeczy nie są to źródła prawa (akty stanowienia prawa), lecz akty stosowania prawa. Ich położenie zbliżone jest zatem do konstytutywnej decyzji administracyjnej (indywidualnych aktów stosowania prawa). Rozróżnienie to M. Kulesza wywodzi z istoty autonomii władz: samodzielnego zadania władzy wykonawczej i administracji publicznej w prowadzeniu bieżących spraw państwa – działania na rzecz realizacji interesu publicznego na podstawie prawa i w formach prawem określonych (por. rozważania w uzasadnieniu Wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 28 czerwca 2000r., K 25/99). Przy takiej koncepcji możnaby łatwo znaleźć uzasadnienie dla obowiązywania wspomnianych zarządzeń w ich aspekcie „quasi normatywnym”, eksponowanym w przytoczonym poglądzie. Niemniej jest to teza kontrowersyjna, a dla uzasadnienia związania struktur organizacyjnych NFZ omawianymi zarządzeniami wystarczą dotychczasowe rozważania biorące za podstawę ich charakter jako wzorca kwalifikowanego.

Wszystkie powyższe rozważania prowadzi do wniosku, że w stanie faktycznym sprawy, tak przy zawarciu umowy z 2011r., jak i z 2012r. - deklaracje wyboru co do trzech lekarzy, którzy zaprzestali świadczeń, które nie zostały zastąpione nowymi lub odwołane przez pacjentów, mogły stanowić podstawę do tworzenia list, w oparciu o które NFZ dokonywał wypłat świadczeń po zawarciu kolejnej umowy.

Tym samym nie ma podstaw do stwierdzenia, że naruszono w sprawie prawo materialne w zakresie prawa umów czy też ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z tych przyczyn oddalono apelację (art. 385 k.p.c.).

Wobec przegrania sprawy w II Instancji zasądzone od strony pozwanej koszty postępowania na zas. art. 98 k.p.c.