



Warszawa,

2020 r.

## RZECZNIK PRAW PACJENTA

RzPP-DPR-WPZ.

spółka  
z ograniczoną odpowiedzialnością

ul.

### DECYZJA

#### Nr RzPP-DPR-WPZ.

Na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 1, art. 64 ust. 1 i 2, art. 65 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta <sup>1</sup>, zwanej dalej „ustawą”, oraz art. 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego<sup>2</sup>, zwanej dalej „k.p.a.”:

- 1) uznaję praktykę stosowaną przez „ ” spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w , zwaną dalej „podmiotem leczniczym” lub „Szpitalem”, polegającą na:

organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w ten sposób, że określeni lekarze wykonujący zawód w tym podmiocie są zobowiązani – na podstawie postanowień umownych – do ponoszenia części kosztów zleconych przez nich i wykonywanych u pacjentów badań diagnostycznych, które nie stanowią ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych, pomimo że wskazani lekarze nie są stroną umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej

<sup>1</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 849.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 256, z późn. zm.

przez podmiot leczniczy z Narodowym Funduszem Zdrowia, ani nie udzielają tych świadczeń jako podwykonawcy

**za naruszającą zbiorowe prawo pacjentów do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i art. 8 ustawy, i nakazując jej zaniechania;**

- 2) zobowiązuję Szpital do złożenia Rzecznikowi Praw Pacjenta w **nieprzekraczalnym sześćdziesięciodniowym terminie**, licząc od dnia otrzymania niniejszej decyzji, informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania stosowania praktyki, o której mowa w pkt 1;
- 3) **decyzji w pkt 1 nadaję rygor natychmiastowej wykonalności.**

### Uzasadnienie

W listopadzie 2019 r. w mediach<sup>3</sup> pojawiły się informacje wskazujące, że niektóre podmioty lecznicze wprowadzają do zawieranych z lekarzami umów postanowienia pomniejszające przysługujące lekarzom wynagrodzenie o zlecone przez nich badania diagnostyczne.

Zgodnie z doniesieniami: „Chodzi o oferty pracy kierowane do specjalistów lub osób w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Placówka proponuje dość atrakcyjną umowę, gdzie zarobki stanowią określony odsetek kontraktu (np. 70 proc. z 10 tys. zł). Ale jednocześnie pracodawca informuje, że lekarz ponosi koszt badań – USG, RTG, laboratoryjnych itp. Czyli procent wartości kontraktu pomniejszany jest o wartość zleconych badań”<sup>4</sup>. Dodatkowo podmioty lecznicze, przekonując do takich warunków współpracy z lekarzami, wskazywały,

---

<sup>3</sup> Przykładowo:

- <https://oko.press/smiertelnie-grozny-absurd-im-wiecej-lekarz-zleci-badan-pacjentom-tym-odpowiedniomniej-zarobi/>
- <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Lekarze-doplacaja-do-badan-w-przychodniachspecjalistycznych,199838,1.html>
- <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1439122,lekarze-doplacaja-za-badania-pacjentowumowy-przykady.html>
- <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Prezes-NIL-do-lekarzy-kontraktowych-kosztybadan-pacjentow-z-waszego-wynagrodzenia-Informujcie,199962,1.html>
- <https://innpoland.pl/156125,dlaczego-lekarze-nie-wysylaja-na-badania-bo-obcinaja-im-za-to-pensje#>
- <https://oko.press/grozny-absurd-im-wiecej-lekarz-zleci-badan-tym-mniej-zarobi-winni-bieda-przedewszystkim-bieda/>
- <https://zdrowie.dziennik.pl/aktualnosci/artykuly/612139,lekarze-przychodnie-specjalistycznekontrakty.html>
- <https://wyborcza.pl/7,155287,25404713,im-lepiej-diagnostujesz-tym-gorzej-zarabiasz-poradnieodliczaja.html>

<sup>4</sup> Cyt. za: <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1439122,lekarze-doplacaja-za-badania-pacjentowumowy-przykady.html>

iz: „Nie trzeba przecież wszystkim zlecać badań”<sup>1</sup>. W mediach pojawiły się również doniesienia, że lekarze, którzy w umowach posiadali wskazane postanowienie, nie tylko tracili część przyznanego umową wynagrodzenia, ale wobec zlecenia większej liczby badań niektórzy zmuszeni byli wręcz dopłacać podmiotowi leczniczemu za wykonane przez nich świadczenia zdrowotne<sup>2</sup>.

Informacje o stosowaniu wskazanych postanowień umownych przez Szpital Rzecznik Praw Pacjenta otrzymał od

, w korespondencji mailowej prowadzonej w dniach 12-19 listopada 2019 r. Treść wiadomości wskazywała, że tego typu postanowienia umowne stosowane są między innymi w „

. Autor wiadomości zastrzegł jednak, że lekarze, którzy powiadomili go, iż ww. podmiot stosuje rzeczzone postanowienia umowne, chcą pozostać anonimowi. Zgodnie z rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą jak i rejestrem przedsiębiorców Krajowym Rejestrem Sądowym pod adresem:

, znajduje się podmiot leczniczy: spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

Wobec powyższych informacji Rzecznik Praw Pacjenta, postanowieniem z dnia 11 grudnia 2019 r. (nr RzPP-DPR-WPZ. -), wszczął postępowanie w sprawie stosowania przez Szpital praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w postaci bezprawnych, zorganizowanych działań mających na celu pozbawienie lub ograniczenie prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy.

Pismem z dnia 11 grudnia 2019 r. Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Szpitala o przekazanie:

- 1) liczby pacjentów, którym podmiot leczniczy udzielił świadczeń zdrowotnych w 2018 r. oraz w 2019 r. (cały 2019 r.);
- 2) liczby lekarzy, którzy w latach 2015–2019 (dane na koniec każdego roku) udzielali świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym w oparciu o umowy o pracę oraz odrębnie o umowy cywilnoprawne, w tym ile z tych umów zawierało postanowienie

<sup>1</sup> Cyt. za: <https://oko.press/smiertelnie-grozny-absurd-im-wiecej-lekarz-zleci-badan-pacjentom-tymodpowiednio-mniej-zarobi/>

<sup>2</sup> <https://oko.press/smiertelnie-grozny-absurd-im-wiecej-lekarz-zleci-badan-pacjentom-tym-odpowiednio-mniejzarobi/>

(jakkolwiek ujęte) warunkujące wysokość należnego lekarzom wynagrodzenia od liczby zleconych pacjentom badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych;

- 3) czy umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierające postanowienia (jakkolwiek ujęte) warunkujące wysokość należnego lekarzom wynagrodzenia od liczby zleconych pacjentom badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych, są zawierane także z lekarzami nie prowadzącymi działalności leczniczej w ramach własnej działalności gospodarczej, jeśli tak poproszono o uwzględnienie tej informacji w wykazie, o którym mowa w pkt 2 (zaznaczenie ile z umów obowiązujących w danym roku zostało w ten sposób zawartych).

Ponadto organ wniósł o przekazanie kopii:

- 1) wszystkich umów cywilnoprawnych zawartych przez podmiot leczniczy z lekarzami o udzielanie świadczeń zdrowotnych obowiązujących w 2018 r. i 2019 r. (łącznie z ew. aneksami). Poproszono o zaznaczenie, jeżeli któreś z umów już nie obowiązują;
- 2) umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielania świadczeń opieki zdrowotnej obowiązującej w 2018 i 2019 r.;
- 3) regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego;
- 4) procedur wewnętrznych obowiązujących w podmiocie leczniczym dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie zlecenia badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych – jeżeli zostały opracowane.

Pismem z dnia 3 stycznia 2020 r. podmiot leczniczy wniósł o przedłużenie terminu na udzielenie odpowiedzi. Organ przychylił się do powyższego wniosku czemu dał wyraz w piśmie skierowanym do podmiotu w dniu 10 stycznia 2020 r.

Szpital pismem z dnia 30 stycznia 2020 r. przesłał wymagane dokumenty, tj.:

- 1) skany umów cywilnoprawnych wraz z aneksami zawartych przez Szpital z lekarzami o udzielanie świadczeń zdrowotnych obowiązujących w 2018 r. i 2019 r.;
- 2) skan aneksów do umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z 2018 r. i 2019 r. w tym skan aneksów do umowy nr \_\_\_\_\_ o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieki specjalistyczna w brzmieniu nadanym aneksem nr \_\_\_\_\_ oraz aneksów do umowy nr \_\_\_\_\_ o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego

zabezpieczenia w brzmieniu nadanym aneksem nr

3) skan regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego.

Pismem z dnia 10 marca 2020 r. organ wniósł o przekazanie cenników badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych, w oparciu o które Szpital dokonuje rozliczeń z lekarzami, którzy zawarli umowy zawierające postanowienia (jakkolwiek ujęte) warunkujące wysokość należnego lekarzom wynagrodzenia od liczby zleconych pacjentom badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych, za okres od 1 stycznia 2019 r. do dnia udzielenia odpowiedzi. Jeżeli w powyższym okresie dokonano zmiany ww. cenników poproszono o przekazanie wszystkich wersji ze wskazaniem okresu obowiązywania.

Szpital pismem z dnia 16 marca 2020 r. wniósł o przedłużenie terminu na przekazanie cenników, na co Rzecznik przystał. Następnie Szpital pismem z dnia 30 marca 2020 r. przekazał wnioskowane cenniki.

Pismem z dnia 16 czerwca 2020 r. Organ poinformował stronę, że zgromadzony materiał dowodowy pozwala na wydanie rozstrzygnięcia w sprawie, jak również, że przysługuje jej możliwość wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Strona w dniu 26 czerwca 2020 r. zapoznała się z aktami postępowania w siedzibie Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Następnie Szpital pismem z dnia 13 lipca 2020 r. wskazał, że: (...) *zdaniem nie doszło do jakichkolwiek działań bądź zaniechań które w sposób bezprawny oraz zorganizowany miałyby na celu pozbawić lub ograniczyć prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych o których mowa w art. 6 ust 1 oraz art. 8 ustawy o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta.*

*Zgodnie z art. 353(1) ustawy kodeks cywilny:*

*<Strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego.>*

*Podmiot profesjonalny którym jest np. Lekarz oraz jako druga strona Umowy, mają wobec powyższego przepisu, swobodę w kształtowaniu stosunku umownego który ma ich połączyć, a wobec oczywistego faktu, iż nie stoi on na w sprzeczności ani wobec natury stosunku ani ustawie lub współżyciu społecznemu, nie można ograniczyć wolności przedsiębiorców we wskazanym zakresie.*

*zawiera Umowy z podmiotami profesjonalnymi które dają rękojmię, iż będą świadczyć usługi wobec pacjentów z należytą starannością nie wywiera żadnego wpływu*



) prowadzi działalność leczniczą i jest zarejestrowany w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonym przez Wojewodę pod numerem księgi: \_\_\_\_\_, co wynika z księgi rejestrowej.

Szpital wykonuje działalność leczniczą m.in. w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, co wynika z ww. księgi.

Podmiot leczniczy został zakwalifikowany do poziomu systemu szpital I stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego co wynika z wykazu świadczeniobiorców zakwalifikowanych do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego<sup>3</sup>.

W 2019 r. podmiot leczniczy miał zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Umowa oznaczona była numerem \_\_\_\_\_ a jej ostateczne brzmienie wynikało z aneksu nr \_\_\_\_\_

Umowa obejmowała świadczenia z zakresu otolaryngologii. W 2019 r. podmiot leczniczy miał także zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia. Umowa oznaczona była numerem \_\_\_\_\_ a jej ostateczne brzmienie wynikało z aneksu nr \_\_\_\_\_

W ramach umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia Szpital także udzielał świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Szpital również w 2020 r. ma zawarte umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, co wynika ze strony internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>4</sup>.

W 2018 r. Szpital udzielił świadczeń zdrowotnych 96151 osobom, w roku 2019 – 110581.

Zgodnie z § 26 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala: *W dniu zgłoszenia do Przychodni Przynajmniej / Zakładu \_\_\_\_\_ na uzgodniony telefonicznie lub osobiście*

<sup>3</sup> Biuletyn Informacji Publicznej Mazowieckiego OW NFZ: [https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacyjnej-publicznej-](https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacyjnej-publicznej)

<sup>4</sup> <https://aplikacje.nfz.gov.pl>

*termin wizyty każdy Pacjent ma udzieloną poradę lekarską, a w przypadku potrzeby lekarz zleca wykonanie badań diagnostycznych.*

Zgodnie z wyjaśnieniami podmiotu leczniczego z dnia 30 stycznia 2020 r. 25 lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w Szpitalu w zawartych ze Szpitalem umowach o współpracę posiadało w 2019 r. postanowienia umowne, z których wynikało, iż ponoszą oni koszty zleconych badań diagnostycznych.

W umowach z lekarzami obowiązujących w 2019 r. Szpital zawarł następujące postanowienia:

*Z tytułu wykonywania niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie otrzymuje wynagrodzenie w wysokości: (...) % kwoty za konsultację udzieloną w ramach kontraktu z NFZ w Poradni (...) pomniejszoną o (...) % kosztów zleconych badań diagnostycznych*

Jednostką rozliczeniową świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom objętych systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie AOS jest cena jednostkowa za punkt. Umowa z lekarzem określa procentową wysokość wynagrodzenia lekarza. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest rachunek wystawiony przez Przyjmującego Zamówienie po zakończeniu okresu rozliczeniowego (miesiąca), zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala („Podstawą zapłaty za udzielone świadczenia zdrowotne będzie rachunek wystawiony przez Przyjmującego Zamówienie po zakończeniu okresu rozliczeniowego, zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala w oparciu o postanowienia niniejszej umowy”). Wynagrodzenie płatne jest w terminie do 30 dni od dnia zatwierdzenia rachunku przez Dyrektora Szpitala („Należności, o których mowa w ust. 1 wypłacane będą w terminie do 30 dni od dnia zatwierdzenia rachunku przez Dyrektora Szpitala.”). Ostateczne wynagrodzenie lekarza powinno zatem wynikać z iloczynu „wypracowanych” punktów za realizację poszczególnych procedur określonych w przepisach wydawanych przez Prezesa NFZ oraz ceny jednostkowej za punkt (wynikającej z umowy Szpitala z NFZ), pomnożonego przez odpowiedni procent (określony bezpośrednio w treści umowy z lekarzem), minus określony procent kosztu zleconych przez lekarza badań diagnostycznych (koszty badań – zgodnie z odpowiednim cennikiem).

W świetle przekazanego przez Szpital pisma i materiału postanowienie warunkujące wysokość wynagrodzenia lekarza od liczby zleconych przez niego badań diagnostycznych znalazło się w umowach z 25 lekarzami udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.



Zgodnie z wnioskiem Rzecznika Praw Pacjenta podmiot leczniczy przekazał zestawienie lekarzy, którzy ponieśli koszty zleconych badań oraz wysokość tychże kosztów, tj. o ile ich wynagrodzenie zostało pomniejszone z tego tytułu. W świetle załącznika nr 1 oraz załącznika nr 2<sup>5</sup> – 24 lekarzy w 2019 r. i 20 lekarzy w 2018 r. poniosło koszty zleconych badań diagnostycznych. Wysokość ponoszonych przez lekarzy kosztów była różna – niektórzy lekarze ponieśli koszty w wysokości kilkuset złotych (np. w 2019 r.), niektórzy zaś w wysokości kilku tysięcy złotych (np. lekarz w 2019 r.), czy też w wysokości kilkunastu tysięcy złotych (lek. ).

Lekarze wykonujący zawód w Szpitalu nie zawarli umowy z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wykonują oni zawód w Szpitalu, która ma zawartą umowę z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W aktach sprawy znajdują się również przekazane przez Szpital w piśmie z dnia 30 marca 2020 r. cenniki badań, na podstawie których Szpital dokonuje rozliczeń z lekarzami obowiązującymi ponosić koszty zleconych i wykonanych u pacjentów badań.

Do dnia wydania niniejszej decyzji Szpital nie poinformował o zmianie treści ww. umów zawartych z lekarzami.

**Mając na uwadze powyższe ustalenia faktyczne dokonane w toku prowadzonego postępowania oraz obowiązujący stan prawny Rzecznik Praw Pacjenta zważył, co następuje:**

Podstawę prawną niniejszej decyzji stanowi przepis art. 64 ust. 1 i 2 ustawy, zgodnie z którym w przypadku wydania przez Rzecznika Praw Pacjenta decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nakazuje on jej zaniechanie lub wskazuje działania niezbędne do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów, wyznaczając terminy podjęcia tych działań. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. W rzeczonyj decyzji Rzecznik Praw Pacjenta może nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku obowiązek składania w wyznaczonym terminie informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów lub usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów.

Po ocenie zabranego w sprawie materiału dowodowego Rzecznik Praw Pacjenta uznał, że podmiot leczniczy stosuje praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów, o której mowa w art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy. Zgodnie z tym przepisem przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się bezprawne, zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów

---

<sup>5</sup> Przekazane przy piśmie z dnia 30 stycznia 2020 r.

udzielających świadczeń zdrowotnych, mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Nie jest zbiorowym prawem pacjenta suma praw indywidualnych.

Należy przy tym wyjaśnić, że używając terminu „zbiorowych praw pacjentów” ustawodawca objął ochroną administracyjnoprawną prawa aktualnych i potencjalnych pacjentów, traktowanych jako zbiorowość - grupę zasługującą na szczególną ochronę<sup>6</sup>. Tym samym ustanowił odrębny przedmiot ochrony, niezależny od ochrony praw indywidualnych pacjentów. O naruszeniu zbiorowych praw pacjentów możemy mówić wówczas, gdy skutki działań mogą zagrażać lub realizować się sferze każdego potencjalnego pacjenta znajdującego się w podobnych okolicznościach. Zatem dla stwierdzenia naruszenia zbiorowych praw pacjentów istotne jest ustalenie, czy konkretne działanie podmiotu leczniczego nie ma ściśle określonego adresata, lecz jest kierowane do nieoznaczonego z góry kręgu podmiotów. Oznacza to, że nie liczba faktycznych, potwierdzonych naruszeń, ale przede wszystkim ich charakter, a w związku z tym możliwość wywołania negatywnych skutków wobec określonej zbiorowości, przesądza o naruszeniu zbiorowego interesu.

Dla stwierdzenia bezprawności działania lub zaniechania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych bez znaczenia pozostaje strona podmiotowa czynu, a zatem wina podmiotu (w znaczeniu subiektywnym, oznaczającym wadliwość procesu decyzyjnego) i stopień tej winy (umyślność bądź nieumyślność), a także świadomość istnienia naruszonych norm prawnych. Bezprawność tradycyjnie ujmowana jest jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, który obejmuje nakazy i zakazy wynikające z normy prawnej, a także nakazy i zakazy wynikające z norm moralnych i obyczajowych określanych jako zasady współżycia społecznego (o bezprawności na gruncie prawa cywilnego zob. M. Sośniak, *Bezprawność zachowania...*, 1959, s. 107; W. Czachórski, *System prawa...*, 1981, s. 534; Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania...*, 2005, s. 182; W. Dubois, w: *Kodeks Cywilny*, t. I, Komentarz do artykułów 1-543, red. E. Gniewek, Warszawa 2004, s. 1020; K. Pietrzykowski, *Bezprawność jako przesłanka...*, 2004, s. 179). Zatem do stwierdzenia bezprawności wystarczy, że określone zachowanie koliduje z przepisami prawa.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Jak wskazuje się w doktrynie: „przepis ten jednocześnie wyłącza możliwość stosowania metod zdezaktualizowanych,

---

<sup>6</sup> Tak: wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 kwietnia 2014 r. (sygn. akt II OSK 2826/12).

niezgodnych z wiedzą medyczną, czyli negatywnie ocenionych na gruncie nauk medycznych”<sup>7</sup>. Zatem: „przeprowadzenie czynności medycznych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej jest niekwestionowanym warunkiem podejmowania czynności zgodnie z prawem (*lege artis*). Spełnienie tego warunku jest obiektywną kategorią i nie zależy od subiektywnych przekonań osoby biorącej udział w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego ani od przekonań pacjenta. Celem tego warunku jest zagwarantowanie pacjentowi świadczeń zdrowotnych na odpowiednio wysokim poziomie”<sup>8</sup>. Aktualna wiedza medyczna opiera się na kryteriach obiektywnych, nie zaś subiektywnych przekonaniach osoby biorącej udział w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego ani od przekonań samego pacjenta. Celem zaś tego warunku jest zagwarantowanie pacjentowi świadczeń zdrowotnych na odpowiednio wysokim poziomie<sup>9</sup>. Działanie z aktualną wiedzą medyczną dotyczy całego procesu leczenia, w tym także diagnostyki, której stałym elementem są badania diagnostyczne. Zlecenie badań nie może być uznaniowe lub dobrowolne, a zawsze podyktowane aktualną wiedzą medyczną i w oparciu o kryteria medyczne.

Zgodnie z art. 8 zd. 1 ustawy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Celem art. 8 ustawy jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa podczas udzielenia mu świadczeń zdrowotnych. Przy tym podmiot leczniczy powinien kierować się zasadą ostrożności i zapewnić takie warunki udzielania tych świadczeń, które to bezpieczeństwo zapewnią.

Powyższe przepisy są tymi, z którymi Rzecznik Praw Pacjenta bezpośrednio wiąże stosowanie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów przez Szpital. Przedmiot niniejszego postępowania wymaga jednak uwzględnienia także przepisów związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdyż to właśnie tych świadczeń udziela Szpital i one również są objęte umowami z lekarzami; od środków wypłaconych przez płatnika publicznego zależy wynagrodzenie lekarza. Obowiązki podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (świadczeniodawców) oraz zasady rozliczania wykonania tych świadczeń przez NFZ są zatem w niniejszej sprawie niezwykle istotne.

---

<sup>7</sup> D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, wyd. III, Lex nr 10278.

<sup>8</sup> *Ibidem*.

<sup>9</sup> *Ibidem*.

W myśl art. 15 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>10</sup>, zwanej dalej: „ustawą o świadczeniach”, świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane, które ww. ustawa definiuje jako świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w tejże ustawie. Zgodnie z art. 32 ustawy o świadczeniach świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub skierowania pielęgniarki lub położnej, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.

Szpital zakwalifikował się do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 95l ust. 1 ustawy o świadczeniach system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych**, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania. Zgodnie zaś z art. 95m ust. 10 ww. ustawy w celu zagwarantowania ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, ustala się zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy udzielają świadczeń gwarantowanych przy czym te z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określone są w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach i realizowane są w poradniach przyszpitalnych.

Doprecyzowanie katalogu świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej znajduje się w wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń

---

<sup>10</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.

gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>11</sup>. Rozporządzenie to w § 3 ust. 1 pkt 1 i 2 określa, iż świadczenia gwarantowane obejmują m.in.: porady specjalistyczne i badania diagnostyczne. Zgodnie z § 4 rozporządzenia świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej. W zakresie koniecznym do udzielania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca obowiązany jest zapewnić świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne, co wynika z § 5 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia.

Dodatkowe regulacje w zakresie badań diagnostycznych znajdują się także w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>12</sup>. Zgodnie z § 8 ust. 1 świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń. Zgodnie z § 12 ust. 6 zd. 1. ww. rozporządzenia w przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie umowy są, co do zasady, finansowane w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, o czym stanowi art. 136c ustawy o świadczeniach. Jednakże niektóre ze świadczeń finansowane są odrębnie. Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, odrębnemu finansowaniu podlegają, m.in.: świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie:

- a) porada specjalistyczna - endokrynologia,
- b) porada specjalistyczna - kardiologia,

---

<sup>11</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.

<sup>12</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.

- c) porada specjalistyczna - neurologia,
- d) porada specjalistyczna - ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
- e) porada specjalistyczna - endokrynologia dla dzieci,
- f) porada specjalistyczna - kardiologia dziecięca,
- g) porada specjalistyczna - neurologia dziecięca,
- h) porada specjalistyczna - ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci.

Świadczeniodawca, czyli podmiot leczniczy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w ramach umowy z NFZ, jest obowiązany do przestrzegania zarządzeń wydawanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Akty te posiadają umocowanie w przepisie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W chwili wszczęcia niniejszego postępowania i do dnia 31 grudnia 2019 r. obowiązywało zarządzenie Prezesa NFZ Nr 39/2019/DSOZ z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W chwili wydawania niniejszej decyzji w zakresie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej obowiązuje zarządzenie Prezesa NFZ Nr 185/2019/DSOZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej<sup>13</sup> (zmienione kolejno zarządzeniami: Nr 26/2020/DSOZ, Nr 33/2020/DSOZ, Nr 43/2020/DSOZ, Nr 73/2020/DSOZ i Nr 87/2020/DSOZ). Oba zarządzenia będą dalej łącznie zwane: „Zarządzeniami PSZ”. Treść istotnych z punktu widzenia przepisów pozostała tożsama w obu wyżej wskazanych Zarządzeniach.

Zgodnie z § 7 ust. 2 Zarządzeń PSZ zasady łącznego sprawozdawania świadczeń z różnych rodzajów świadczeń są określone w odpowiednich zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia a w odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wydanym na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Zgodnie zaś z § 9 ust 1 i 3 Zarządzeń PSZ sprawozdawanie i dokumentowanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych ryczałtem PSZ obejmujących: świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe, świadczenia specjalistyczne, specjalistyczne świadczenia zabiegowe, porady receptowe, świadczenia pohospitalizacyjne, specjalistyczne świadczenia odrębne odbywa się zgodnie z zasadami rozliczania i

---

<sup>13</sup> Biul. Inf. NFZ z 2019 r. poz. 185.

dokumentowania tych świadczeń określonymi w odpowiednim zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Produkty rozliczeniowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń, o których mowa w ust. 1, określone są odpowiednio w załączniku nr 1a, 5a i 5b do odpowiedniego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wobec odwoływania się w Zarządzeniach PSZ bezpośrednio do zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej wskazać należy, że w chwili wszczęcia postępowania (i do dnia 31 grudnia 2019 r.) obowiązywało Zarządzenie Nr 88/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna<sup>14</sup>. W chwili zaś wydawania niniejszej decyzji w ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obowiązuje Zarządzenie Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 182/2019/DSOZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna<sup>15</sup>. Powyższe zostało trzykrotnie zmienione, (Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 25/2020/DSOZ z dnia 28 lutego 2020<sup>16</sup>, Zarządzeniem Nr 94/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2020 r.,<sup>17</sup> Zarządzeniem Nr 105/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lipca<sup>18</sup>). Oba wyżej wskazane zarządzenia będą łącznie zwane dalej „zarządzeniami”. Na tym etapie analizy wskazania wymaga, że zgodnie z § 15 ust. 1 zarządzeń koszty wykonania niezbędnych badań, z wyłączeniem badań wykonanych w ramach ASDK (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ponosi świadczeniodawca, chyba że z odrębnych przepisów wynika inaczej. Jest to powtórzenie zasady wynikające z wcześniej cytowanego § 12 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czyli aktu prawa powszechnie obowiązującego. Szczegółowa analiza zasad rozliczania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz ich wpływ na

---

<sup>14</sup> Biul. Inf. NFZ z 2019 r. poz. 88.

<sup>15</sup> Biul. Inf. NFZ z 2019 r. poz. 182.

<sup>16</sup> Biul. Inf. NFZ z 2020 r. poz. 25.

<sup>17</sup> Biul. Inf. NFZ z 2020 r. poz. 94.

<sup>18</sup> Biul. Inf. NFZ z 2020 r. poz. 94.

wynagrodzenie świadczeniodawcy i w konsekwencji wynagrodzenie lekarza zostanie dokonana w dalszej części decyzji.

Prawa pacjenta określone w art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy wyznaczają obowiązki podmiotów zobowiązanych do ich przestrzegania. Zgodnie z art. 2 ustawy są to nie tylko osoby wykonujące zawód medyczny, ale także podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Należy w tym zakresie wyjaśnić, że działalność lecznicza jest działalnością regulowaną, wykonywaną w oparciu o ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>19</sup>. Zgodnie z art. 3 ust. 1 ww. ustawy działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Za świadczenie zdrowotne (zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 tej ustawy) uważa się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Świadczenia te muszą z kolei odpowiadać wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy); muszą też cechować się należyłą starannością (art. 8 ustawy). Ze strony podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych chodzi tu przede wszystkim o odpowiednią organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, tak aby zapewniała realizację świadczeń wedle wymogów opisanych w ww. przepisach, także w sferze zabezpieczenia udzielania tych świadczeń przez personel medyczny. W szczególności, jeśli dany podmiot udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a więc uczestniczy w realizacji zadania publicznego z zakresu ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, i na podstawie własnej decyzji zobowiązuje się do przestrzegania także innych norm prawnych, właściwych dla tych świadczeń. Podmiot powinien wystrzegać się wszelkich działań organizacyjnych (lub zaniechań), które mogą mieć negatywne przełożenie na jakość udzielanych świadczeń. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych polegająca na tym, że świadczeń tych udzielają lekarze, którzy muszą ponieść koszty zleconych przez siebie badań, wypełnia znamiona praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów, powodując potencjalne zagrożenie w zakresie ograniczenia lub pozbawienia pacjentów prawa do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i art. 8 ustawy, przy czym ta finalna konsekwencja w postaci naruszenia ww. prawa jest związana z szeregiem innych okoliczności faktycznych i prawnych, o czym mowa poniżej:

---

<sup>19</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.



**1. Postanowienie umowne przewidujące udział lekarza w kosztach udzielonych świadczeń, w zakresie zleconych badań – konstrukcja, brzmienie oraz ich możliwe do zaistnienia skutki.**

Zgodnie z treścią postanowień umownych stosowanych przez Szpital z lekarzami:

*Z tytułu wykonywania niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie otrzymuje wynagrodzenie w wysokości: (...) % kwoty za konsultację udzieloną w ramach kontraktu z NFZ w Poradni (...) pomniejszoną o (...) % kosztów zleconych badań diagnostycznych*

1.1 Przytoczone postanowienia umowne mają charakter jednoznacznie negatywny; ich wydzźwięk jest ujemny, w tym znaczeniu, że może mieć skutek zniechęcający, odstrasżający. Zdecydowanie może wywołać u lekarza przekonanie, że wysokość jego wynagrodzenia ucierpi, ulegnie pomniejszeniu, w wyniku większej liczby zleconych pacjentom badań, które on przecież musi finalnie *de facto* opłacić (odliczenie części kosztów badań). Istotny jest także koszt poszczególnych badań, kształtujący się – zgodnie z cennikiem przekazanych przez podmiot leczniczy – od kilku do kilkudziesięciu złotych. Nie można lekarza stawiać w sytuacji potencjalnego konfliktu interesów - interesu jego własnego i interesu pacjenta. Lekarz wykonuje szczególny zawód zaufania publicznego, którego celem jest ochrona wartości najwyższych, czyli życia i zdrowia ludzkiego. Warunki współpracy i realizacji świadczeń zdrowotnych powinny być w tym zakresie dla lekarza jasne. Musi on mieć przekonanie, że jego działanie wobec pacjenta, podyktowane aktualną wiedzą medyczną i należyłą starannością, nie ma dla niego żadnych negatywnych skutków, w tym również ekonomicznych, i w konsekwencji nie powstrzyma go od zlecenia pacjentowi badań, w szczególności w przypadku wątpliwości diagnostycznych i wyboru metod leczniczych. Stworzenie takich warunków jest elementem szeroko pojętej prawidłowej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, za którą odpowiada podmiot leczniczy. Także w tej warstwie podmiot musi uwzględniać wymogi stawiane przez art. 6 ust. 1 i art. 8 ustawy, gdyż to właśnie ci lekarze będą udzielać pacjentom świadczeń zdrowotnych. Zagrożenie jest tym bardziej realne, gdyż właśnie w taki sposób zagadnienie postanowień pomniejszających wynagrodzenie lekarzy odbierają sami lekarze i środowisko lekarskie. Dowodem na to są przykłady materiałów i publikacji medialnych, wymienione na drugiej stronie niniejszej decyzji. Jeszcze bardziej wymowna jest reakcja Naczelnej Rady Lekarskiej, która stwierdziła w stanowisku Nr

124/19/P-VIII z dnia 19 grudnia 2019 r. w sprawie zmniejszania wynagrodzenia lekarza zatrudnionego w ramach tzw. kontraktu o koszty zleconych badań diagnostycznych:

*Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że wynagrodzenie lekarza powinno być ustalane w oparciu o jego wiedzę, doświadczenie, umiejętności oraz nakład pracy i nie powinno być pomniejszane o koszt zleconych przez tego lekarza badań diagnostycznych. Stosowane w niektórych podmiotach leczniczych systemy wynagradzania lekarzy, przewidujące pomniejszanie wynagrodzenia o koszt zleconych badań diagnostycznych, mogą skłaniać lekarzy do odstępowania od zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej standardów leczenia i diagnostyki chorób. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej lekarz nie może być w wykonywaniu zawodu, w szczególności w doborze form diagnostyki czy terapii, poddany ekonomicznej presji, która mogłaby skłaniać go do limitowania pacjentom dostępu do badań czy świadczeń opieki zdrowotnej. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie oceniając takie zjawisko apeluje do kierowników podmiotów leczniczych o zaprzestanie stosowania tego rodzaju klauzul a do lekarzy o nie wyrażanie zgody na tego typu zapisy w umowach kontraktowych<sup>20</sup>.*

Powyższy pogląd na zagadnienie jednoznacznie uzasadnia zastrzeżenia Rzecznika Praw Pacjenta. Zaznaczyć przy tym należy, że samorząd lekarski buduje świadomość lekarzy w sferze wykonywania zawodu. Lekarze z oczywistych względów ufają swojemu samorządowi, co do zasady przyjmują jego stanowiska i kierują się nimi w toku pracy zawodowej; jeżeli najważniejszy w strukturze samorządu lekarskiego organ podnosi tego rodzaju zastrzeżenia, w żaden sposób nie mogą dziwić daleko idące wątpliwości po stronie lekarzy.

Wskazane stanowisko nie jest zresztą jedynym. Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych<sup>21</sup> wydało bowiem następujące oświadczenie:

---

<sup>20</sup> [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/documents/doc\\_1578052378\\_ps124-19-viii.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/documents/doc_1578052378_ps124-19-viii.pdf)

<sup>21</sup> Stanowisko z dnia 15 listopada 2019 r. w sprawie zawierania z lekarzami kontraktów przewidujących pomniejszanie wysokości wynagrodzenia o wartość zleconych pacjentowi badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej (Nr 2/V/2019), <https://kidl.org.pl/news/view?id=422>.

*Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych wyraża zaniepokojenie w związku z pojawiającymi się doniesieniami medialnymi, z których wynika, że kierujący placówkami medycznymi zawierają umowy (tzw. kontrakty) z lekarzami zakładające, iż to lekarz ma zapłacić ze swojego wynagrodzenia za zlecone pacjentowi badania z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. Wspomniane rozwiązanie jest niedopuszczalne i stoi w sprzeczności z podstawowym celem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jakim jest zapewnienie dobra pacjenta. Podpisywanie tego typu umów to de facto zmuszanie lekarza do dokonania wyboru pomiędzy możliwością zarobkowania i utrzymania własnej rodziny, a ratowaniem zdrowia i być może życia pacjenta. Lekarz, który wybierze dobro własnej rodziny, może nie zlecić badań i tym samym doprowadzić do tragicznych skutków dla pacjenta, albowiem aż 70% diagnoz lekarskich opiera się na wynikach badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. Takie rozwiązania nie mają więc nic wspólnego z postępowaniem zgodnym z zasadami wiedzy medycznej oraz etyki w prawidłowo funkcjonującym systemie ochrony zdrowia. W związku z powyższym Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych apeluje do kierujących placówkami medycznymi i wszystkich lekarzy o niepodpisywanie opisanych powyżej umów (...).*

Opisane wyżej okoliczności w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta mogą wpłynąć na decyzję lekarza o powstrzymaniu się od zlecenia pacjentowi badań, które w świetle aktualnej wiedzy medycznej i należytej staranności, powinny być wykonane, w obawie o pomniejszenie wysokości należnego mu wynagrodzenia.

- 1.2. W żadnym wypadku potencjalnego konfliktu interesów oraz jego możliwych skutków nie eliminuje, ani nie ogranicza, podpisanie przez lekarza w umowie zobowiązania do przestrzegania praw pacjenta, a także do działania w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną przy realizacji umowy (udzielaniu świadczeń zdrowotnych). Tego typu postanowienia Szpital również stosuje w umowach zawieranych z lekarzami, jednak lekarz jest do tego zobowiązany na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego – art. 2 ww. ustawy, a także art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>22</sup>, które również ww. zagrożenia nie eliminują. Przepisy te wyznaczają określone obowiązki po stronie lekarza, którym uchybienie

---

<sup>22</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 514, z późn. zm.

może nieść ze sobą konsekwencje w postaci naruszenia praw pacjenta lub naruszenia zasad wykonywania zawodu (odpowiedzialność zawodowa).

**1.3.** Nie mniej istotna w kontekście niniejszego stanu faktycznego jest perspektywa pacjenta.

Pacjent ma prawo oczekiwać kompleksowej opieki medycznej w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych nie mogą powodować u pacjenta niepotrzebnych wątpliwości co do sprawowanej nad nim opieki. Tak jednak może się stać, kiedy lekarz odmówi zlecenia pacjentowi badań diagnostycznych, zaś pacjent utożsami taką decyzję lekarza z jego obawą o utratę zarobku. Przedmiot niniejszego postępowania jest znany opinii publicznej, był bowiem szeroko komentowanych w mediach. Niewątpliwie może więc dochodzić do sytuacji konfliktowych. Nawet jeśli decyzja o odmowie wykonania badań byłaby w pełni zgodna z aktualną wiedzą medyczną, to samo wystąpienie stanu wątpliwości i niepewności po stronie pacjenta jest wysoce niepożądane. Ustalony we wskazanym sposobie zasady zlecenia badań diagnostycznych z pewnością taki skutek mogą odnieść; to zaś powoduje, że taka organizacja udzielania świadczeń nie jest prawidłowa. Jest to zagrożenie realne wobec każdego pacjenta, który w takiej sytuacji się znajdzie. Budowanie właściwej relacji na linii pacjent-lekarz, tworzenie właściwych ku temu warunków, a już z pewnością powstrzymanie się od działań mogących negatywnie wpłynąć na tę sferę, jest obowiązkiem podmiotów wykonujących działalność leczniczą. To zaś przekłada się na zaufanie pacjenta do lekarza, co jest rzeczą absolutnie podstawową. Samo istnienie takiego zagrożenia może bowiem rujnować relację z lekarzem.

**2. Postanowienie umowne przewidujące udział lekarza w kosztach udzielonych świadczeń, w zakresie zleconych badań – uwarunkowania prawne.**

Jak już wcześniej podniesiono właściwa realizacja przepisów badanych w toku niniejszego postępowania, tj. art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy, jest wieloaspektowa i wymaga także uwzględnienia szeregu innych przepisów prawa i okoliczności, wpływających na realizację ww. prawa pacjenta.

**2.1** Zgodnie z cytowanym już wcześniej § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca zapewnia udzielanie

świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń. W myśl zaś § 12 ust. 6 zd. 1. ww. rozporządzenia w przypadku gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Także w zarządzeniach (§ 15 ust. 1) podkreśla się, iż koszty wykonania niezbędnych badań, z wyłączeniem badań wykonanych w ramach ASDK (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ponosi świadczeniodawca, chyba że z odrębnych przepisów wynika inaczej.

Zasadą jest zatem udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy. W tym pojęciu mieści się także wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych. Koszty tych badań ma ponosić świadczeniodawca, czyli podmiot, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. W analizowanym stanie faktycznych koszty wykonanych badań faktycznie ponosi (w części) natomiast lekarz, z którym podmiot ten zawarł umowę. Na lekarza zostaje przerzucony obowiązek, ciężący bezpośrednio i wprost na świadczeniodawcy. W świetle wskazanych przepisów prawa jest to niedopuszczalne.

- 2.2 Prawodawca ciężar kosztów wykonania badań diagnostycznych przypisał wprost świadczeniodawcy. Wynika to zarówno z zarządzenia Prezesa NFZ, jak i aktu prawa powszechnie obowiązującego, czyli rozporządzenia Ministra Zdrowia. Ponad wszystko należy także zaznaczyć, że lekarze, z którymi zostały zawarte umowy zawierające kwestionowane postanowienia umowne, nie są podwykonawcami w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie zaś z art. 133 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jeżeli umowa tak stanowi. Podwykonawcy przy

udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są podmiotami szczególnymi, gdyż w świetle § 7 ust. 3 w zw. z § 6 zarządzeń świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu. Wymagania w tym zakresie są zatem tożsame do tych przewidzianych dla samego świadczeniodawcy. Szpital nie wykazał, aby lekarze byli podwykonawcami w rozumieniu ww. przepisu. Lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym nie są podwykonawcami, a wykonują w nim zawód. Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 18 czerwca 2019 r.<sup>23</sup> wskazał, że umowa, na podstawie której lekarz wykonuje swój zawód polegający na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nie może być utożsamiana z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz w rozumieniu art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, ani z zawieraną w jej ramach umową o zamówienie na świadczenia zdrowotne, o której mowa w art. 133 tejże ustawy. Ustawodawca w art. 132 ust. 3 rzeczonyj ustawy wyraźnie wyłączył możliwość zawierania umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. Lekarze wykonujący zawód w Szpitalu nie mogą być zatem uznani za podwykonawców w rozumieniu art. 133 ww. ustawy. Stroną umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia jest tylko Szpital. Zatem koszty wykonania niezbędnych badań, z wyłączeniem badań wykonywanych w ramach ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych ponosi tylko Szpital.

- 2.3** Nie znajduje uzasadnienia argument Szpitala o swobodzie kształtowania umów pomiędzy nim a lekarzem. Patrząc na przedmiotową sprawę należy zwrócić uwagę na art. 351<sup>1</sup> Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani

---

<sup>23</sup> Sygn. I UK 274/18.

zasadom współżycia społecznego. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta, z uwagi na uwarunkowania i wymagania, jakie niesie ze sobą wykonywanie działalności leczniczej, podmiot leczniczy udzielający świadczeń w ramach umowy z NFZ i lekarz nie mają absolutnej swobody w kształtowaniu swojej relacji cywilnoprawnej i wzajemnego zobowiązania. Jest ona bowiem ograniczona obowiązkiem przestrzegania praw pacjenta, na podstawie art. 2 ustawy. W niniejszej sprawie podmiot wykroczył poza przysługujące mu uprawnienie do swobodnego kształtowania umów zawieranych przez niego na gruncie prawa cywilnego. Umowa absolutnie nie może naruszać praw pacjenta, jak i innych przytoczonych w uzasadnieniu niniejszej decyzji przepisów prawa. Z całą mocą należy podkreślić, że do naruszenia zbiorowych praw pacjentów może dojść nie tylko bezpośrednio w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ale też wcześniej, na etapie ich organizowania, np. gdy podmiot ustala treść regulaminu organizacyjnego lub obowiązujących w podmiocie procedur albo gdy ustala brzmienie umów zawieranych z personelem medycznym. Z punktu widzenia przestrzegania zbiorowych praw pacjentów nie jest relewantny zamiar stron takiej umowy (to, czy jedna z nich lub obie zamierzały działać wbrew interesom pacjentów i naruszać ich prawa), o którym mowa w art. 65 § 2 Kodeksu cywilnego, lecz to czy

treść umowy albo jej cel sprzeciwia się ustawie lub zasadom współżycia społecznego. Z tej też przyczyny argument Szpitala nie zasługuje na uwzględnienie.

- 2.4** W uzupełnieniu argumentacji przedstawionej na poparcie wniosków zawartych w pkt 2.1-2.3 należy także podnieść zupełną odmienną relacji faktycznych i prawnych, łączących świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia (właściwym oddziałem), a świadczeniodawcę z lekarzem. Inny jest cel i zakres umów zawieranych pomiędzy tymi podmiotami. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu unormowanie i sformalizowanie szeregu aspektów oraz wymagań dotyczących realizacji tych świadczeń, wynikających z przepisów prawa, w szczególności: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach; zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami; kwotę zobowiązania Funduszu wobec

świadczeniodawcy (art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Przedmiotem umowy z lekarzem jest z kolei wyłącznie udzielanie świadczeń zdrowotnych. Należy dostrzec różnice pomiędzy tymi stosunkami i z tego względu proste przeniesienie zasad wynikających z zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do umów zawieranych z lekarzami uznać za rozwiązanie nieprawidłowe, zważywszy na możliwe konsekwencje w sferze realizacji praw pacjenta.

2.5 W odniesieniu do zawartych z lekarzami umów należy także podnieść, że lekarz nie ma żadnego wpływu na koszty badań, a zobowiązany jest je jednak w części ponosić. Zapewnienie możliwości wykonania badań to zobowiązanie świadczeniodawcy, on też uzgadnia z innym podmiotem (wybierając jego ofertę lub podejmując z nim negocjacje) koszty tych badań. Same koszty badań mogą się też zmieniać, z czasem rosnąć, w tym również w trakcie trwania danej umowy z lekarzem, który nie ma na powyższe wpływu.

2.6 Cennik nie jest stałym elementem umowy; nie jest jej załącznikiem. Podpisując umowę lekarz nie ma wiedzy, jakie koszty za poszczególne badania będzie musiał ponosić.

### 3. **Rozliczanie świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia – zasady oraz ich wpływ na wysokość wynagrodzenia Szpitala oraz lekarza.**

Zarządzenia PSZ w zakresie rozliczeń i sprawozdawania świadczeń odsyłają do Zarządzeń (AOS). Jednocześnie zgodnie z § 4 ust. 5 Zarządzeń PSZ wykaz objętych umową PSZ zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących profile PSZ oraz odpowiadających tym zakresom jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w danym okresie rozliczeniowym oraz cen jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów tych świadczeń, stanowi plan rzeczowofinansowy, stanowiący załącznik do umowy.

Poniższa analiza oparta została na wyliczeniach według stanu prawnego z dnia wszczęcia postępowania (rok 2019). Powyższe uzasadnione jest posiadaniem przez Organ umów zawartych przez podmiot leczniczy z Narodowym Funduszem Zdrowia na tenże rok. Rzecznik świadom jest corocznych zmian Zarządzeń Prezesa NFZ zarówno w zakresie AOS jak i PSZ; zmiany te są jednak irrelewantne w odniesieniu do istoty niniejszego postępowania,



(zmiany stanowią w dużej mierze przeniesienie dotychczasowych uregulowań do nowych zarządzeń).

Jak już wcześniej zostało wspomniane szczegółowe zasady ustalania i rozliczania należności przysługujących świadczeniodawcy z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w chwili wszczęcia postępowania zawarte były w zarządzeniu Prezesa NFZ 88/2019/DSOZ z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Mimo zawartej przez podmiot leczniczy umowy z NFZ o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia rozliczanie świadczeń AOS i szczegółowe zasady w tym zakresie reguluje ww. zarządzenie (a w 2020 r. zarządzenie je zastępujące). Zarządzenia te znajdują zastosowanie w niniejszej sprawie.

Podstawą do rozliczania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punkt). Liczba punktów odpowiadająca poszczególnym świadczeniom określona jest w załącznikach do zarządzenia (załączniki 5a-5c oraz 5e).

Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu, o czym stanowi § 10 ust. 6 zarządzenia.

Zarządzenie (dot. AOS) na potrzeby dokonywania rozliczeń z podmiotem, który zawarł umowę z NFZ, zawiera definicje różnego rodzaju świadczeń, które znajdują odzwierciedlenie w załącznikach do tego zarządzenia – poszczególne świadczenia mają swoje grupy (kilka grup dla danego świadczenia), a te przypisaną wartość punktową, od której zależy ich wycena, a więc wypłacone świadczeniodawcy za ich realizację środki. Takimi świadczeniami są w szczególności: świadczenie pohospitalizacyjne, świadczenie receptowe, świadczenie specjalistyczne, świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe oraz porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.

Mechanizm rozliczania poszczególnych świadczeń jest analogiczny. Analizując go na przykładzie „świadczenia specjalistycznego” należy wskazać, że zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 28 zarządzenia przez ww. pojęcie rozumie się świadczenie obejmujące ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub ocenę przebiegu leczenia w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych oraz uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:

- 1) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych), terapeutycznych, rehabilitacyjnych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej lub
- 2) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub
- 3) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy o świadczeniach, lub
- 4) wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach.

Powyższa definicja znajduje odzwierciedlenie w katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym załącznik 5a do zarządzenia. Świadczenia specjalistyczne dotyczą wymienionych tam grup od W11 (lp. 3) do W32 (lp. 13) przy czym każda z grup jest inaczej wyceniona. Przykładowo grupie W11 w stanie prawnym na dzień wszczęcia postępowania przypisana była wartość punktowa 34, W12 – 67 pkt, a W13 – 125 pkt<sup>24</sup>. Wartość punktowa uzależniona jest zatem od tego, z jakich procedur medycznych składa się świadczenie z danej grupy. Aby móc w pełni odczytać powyższe należy sięgnąć również do załącznika nr 7 do zarządzenia. Zgodnie z nim świadczenie specjalistyczne 1-go typu (tj. W11 z wartością punktowa 34) jest: „zgodnie z definicją świadczenia”. Jest to zatem świadczenie obejmujące samą poradę lekarza. Aby zaś procedurę medyczną rozliczyć jako świadczenie specjalistyczne 2-go typu (W12) konieczne jest wykazanie:

- 1) co najmniej 3 procedur z listy W1 lub;
- 2) co najmniej jednej procedury z listy W2;
- 3) do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5.

Dla świadczenia specjalistycznego 3-go typu (W13) wygląda to odpowiednio:

- 1) konieczne jest wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W3, lub
- 2) konieczne jest wykazanie od 3 do 4 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5, lub
- 3) konieczne jest wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7, lub;

---

<sup>24</sup> Obecnie (od lipca 2020 r.) wartość wynosi W11 - 40 pkt, W12 - 71, W13 - 129 pkt.

- 4) konieczne jest wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W8, lub
- 5) konieczne jest wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W16, lub
- 6) konieczne jest wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W2.

Załącznik nr 7 zarządzenia zawiera listy procedur medycznych (od W1 do W16), o których mowa powyżej.

Realizacja świadczenia z danej grupy jest możliwa na kilka sposobów (alternatywnie).

Świadczenie specjalistyczne to w szczególności świadczenie udzielane pacjentowi w toku leczenia specjalistycznego. U pacjenta leczonego w tym trybie lekarz uznał konieczność stałego nadzoru lekarza specjalisty i nie została podjęta decyzja o przekazaniu takiego pacjenta pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Nadzór lekarza specjalisty nad takim pacjentem to także monitorowanie skuteczności leczenia czy braku pogorszenia stanu zdrowia, które to rzeczy weryfikuje się między innymi poprzez wykonanie u pacjenta niezbędnych badań, w tym laboratoryjnych.

Świadczenia mają przypisaną stałą wartość punktową i wypłacane za nie wynagrodzenie jest zawsze takie samo, uzależnione od wartości jednego punktu i na ile punktów procedura jest wyceniona. W ramach tych środków świadczeniodawca musi zapewnić pacjentowi kompleksową opiekę, w tym wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych. Wyznacznikiem potrzeby wykonania u pacjenta konkretnych procedur, w tym badań, składających się na świadczenie zdrowotne, musi być zawsze i wyłącznie aktualna wiedza medyczna. Jednakże – z uwagi na to, iż realizacja poszczególnych świadczeń może nastąpić w różny sposób i poprzez realizację różnych badań – faktyczny koszt świadczeniodawcy za wykonanie poszczególnych procedur będzie różny.

W 2019 r. podmiot leczniczy miał zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

). Zgodnie z § 1 ww. umowy przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”, w profilach i zakresach określonych w Planie rzeczowo – finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy. W świetle zaś § 4 ust. 1 umowy kwota zobowiązania oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01-

01-2019 r. do dnia 31-12-2019 r. wynosi maksymalnie ..... zł. Zgodnie z § 4 ust. 7 przywołanego paragrafu: liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresach rozliczeniowych, określa wspomniany wcześniej Plan rzeczowo-finansowy. Organ przeanalizował całość materiału dowodowego zgromadzonego w aktach sprawy; dla potrzeb niniejszego uzasadnienia nie ma jednak potrzeby przytaczania w decyzji wszelkich informacji i danych zawartych w załącznikach do ww. umowy, gdyż jest to materiał bardzo obszerny. Organ ograniczy się do przedstawienia i analizy wybranych danych, niezbędnych do zobrazowania działania mechanizmu rozliczania świadczeń w NFZ oraz tego jakie skutki w tym zakresie może mieć stosowanie postanowień umownych przewidujących ponoszenie przez lekarza kosztów badań, które zlecił.

Umową z podmiotem leczniczym w zakresie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zostały objęte ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne między innymi w zakresach:

- 1) dermatologii i wenerologii – diagnostyka onkologiczna poza pakietem onkologicznym – liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) do realizacji: ..... wartość jednego punktu: ..... zł (kod miejsca udzielania świadczeń: .....);
- 2) urologii – diagnostyka onkologiczna poza pakietem onkologicznym – liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) do realizacji: ....., wartość jednego punktu: ..... zł (kod miejsca udzielania świadczeń: .....);
- 3) neurologii – diagnostyka onkologiczna poza pakietem onkologicznym – liczba jednostek rozliczeniowych (punktów) do realizacji: (....., wartość jednego punktu: ..... zł (kod miejsca udzielania świadczeń: .....)).

Ceny jednostkowe innych zakresów świadczeń nie odbiegają od powyższych.

Umową w zakresie AOS (czyli poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia) z podmiotem leczniczym zostały objęte ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w zakresie otolaryngologii w liczbie jednostek rozliczeniowych ....., z ceną jednostkową za punkt 1,06 zł przy kodzie miejsca udzielania świadczenia .....

---

<sup>25</sup> Podmiot leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych w kilku lokalizacjach i różnych komórkach organizacyjnych i z tego względu ten sam zakres świadczeń może się w umowie powtarzać.

Obowiązująca w 2019 r. umowa z lekarzem \_\_\_\_\_, udzielającym świadczeń w zakresie otolaryngologii przewidywała dla lekarza wynagrodzenie w wysokości 60% od wartości rozliczeniowej z NFZ grupy zachowawczej za jeden wypracowany punkt, przy przyjęciu, że umowa Szpitala z Narodowym Funduszem Zdrowia przewidywała wynagrodzenie w wysokości 1,06 za 1 punkt z zakresu otolaryngologii to lekarz otrzymywał wynagrodzenie w wysokości 0,636 zł za jeden wypracowany w ten sposób punkt.

Umowa z tym lekarzem zawiera postanowienie o tym, że ponosi on 50% kosztów zleconych badań. Uwzględniając wcześniej przedstawione zasady rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia należy wskazać, że za wykonanie procedury W11 (porada lekarska, wyceniona w 2019 r. na 34 pkt<sup>26</sup>) ww. lekarz otrzyma wynagrodzenie w wysokości ok. 21,62 zł (34 pkt x 0,636 zł). Lekarz nie zlecił żadnego badania, zatem otrzyma wynagrodzenie w pełnej wysokości. Jednakże jeżeli lekarz zleci pacjentowi jedno badanie z listy podstawowej (lista W1, załącznik nr 7 do zarządzenia), przykładowo morfologia krwi<sup>27</sup> za 3,80 zł, ww. wynagrodzenie zmniejszy się o 50% tej kwoty. Kolejne badanie spowoduje dodatkowe umniejszenie wynagrodzenia. Do „przejścia” do procedury W12 potrzeba zrealizowania co najmniej 3 badań z listy podstawowej. Powyższe powoduje zatem stan, w którym zlecenie 1 lub 2 badań lub też nie zlecenie żadnego sprawia, że lekarz dalej udzieli świadczenia W11 i otrzyma za nie to samo wynagrodzenie, minus koszty badań (o ile je zleci). Oczywiście powyższy przykład dotyczy badania stosunkowo niedrogiego, jest jednak szereg badań dużo droższych, co obrazuje cennik Szpitala. Stosowanie analizowanych w niniejszym postępowaniu klauzul umownych może mieć także inny skutek. Do rozliczenia świadczenia oznaczonego grupą W12 wymagane jest wykazanie wykonania u pacjenta co najmniej 3 badań z listy podstawowej. Jeżeli stan zdrowia pacjenta będzie wymagał wykonania 5 lub większej liczby badań z listy podstawowej dalej takie świadczenie jako całość rozliczone będzie w grupie W12, ponieważ żadna inna grupa nie przewiduje wykonania większej liczby badań z listy podstawowej. Wobec tego, bez znaczenia jest również to czy lekarz zleci 3 badania z listy badań podstawowych czy 6 badań z tejże listy – świadczenie zostanie rozliczone jako świadczenie W12. Powyższe implikuje sytuację, w której, przy takiej samej wycenie, wzrosną koszty świadczenia o koszty wykonanych badań, które Szpital w części przerzucił na lekarza. Za wykonanie procedury W12 lekarz otrzyma wynagrodzenie w wysokości ok. 42,61 zł (67 pkt x 0,636 zł), minus połowa kosztów badań. Podobnie sytuacja wygląda z innymi

---

<sup>26</sup> Obecnie (od lipca 2020 r.) wartość wynosi W11 - 40 pkt, W12 - 71, W13 - 129 pkt, itd.

<sup>27</sup> Cennik

świadczeniami. Oczywiście grup świadczeń specjalistycznych jest kilkanaście i są one różnie wycenione; także wykazanie ich wykonania może odbywać się alternatywnie przez wykonanie różnych procedur, gdzie już jedna umożliwi wykazanie (przykładowo) świadczenia specjalistycznego 7-go typu (W17), które wymaga wykonania jednej procedury z listy W9 (badania dodatkowe – grupa 8, np. USG naczyń nerkowych – doppler), gdzie świadczenie W17 było wycenione na 96 pkt. Rzecz jasna są możliwe inne warunki alternatywne. Lekarz (tym razem generalnie, nie odnosząc się do przykładu konkretnego lekarza) może zatem zarobić więcej, niż gdyby w ogóle nie zlecił badania, natomiast każde zlecone badanie więcej nie spowoduje przejścia do innej grupy świadczeń (lepiej wycenianej), a podniesie koszty w ramach tego samego wynagrodzenia. Podsumowując nie w każdym przypadku lekarz zarobi mniej niż gdyby w ogóle badania nie zlecił, niemniej – jak wykazano – jest to możliwe i realne. Z perspektywy wyceny świadczeń i ustalonych przez podmiot leczniczy zasad zlecenie badań jest także najbardziej opłacalne do pewnego momentu, tj. osiągnięcia minimum procedur potrzebnych dla wykazania wykonania danego świadczenia. Natomiast zlecenie większej liczby badań nie spowoduje większego wynagrodzenia, gdyż wizyta zostanie rozliczona jako jedno świadczenie. Zwiększą się wyłącznie koszty, w ramach tego samego wynagrodzenia. Stąd też zlecenie badań przez lekarza może zwiększyć jego wynagrodzenie w stosunku do tego, które otrzymałby gdyby badań nie zlecił. Niemniej zlecenie kolejnych badań umniejszy to wynagrodzenie, choć dalej będzie ono większe, niż gdyby lekarz zrealizował poradę bez zlecenia żadnych badań. Jest to jednak nadal ta sama sytuacja utraty zarobku i potencjalnego zagrożenia ograniczenia prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Powodem takiego stanu rzeczy jest organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych przyjęta w podmiocie leczniczym i analizowane postanowienia umowne. **Organ szczegółowo analizuje tę kwestię, gdyż powyższe zasady rozliczeń Szpital sprowadził do prostego wniosku, że zlecenie badań równa się większe wynagrodzenie dla lekarza, gdyż świadczenie zostanie rozliczone jako grupa wyżej wyceniona punktowo** Należy przy tym zaznaczyć, że Rzecznik Praw Pacjenta bierze pod uwagę, że konieczność wykonania u pacjenta konkretnych badań jest uzależniona od jego stanu zdrowia; są to kwestie indywidualne. Są także specjalizacje lekarskie (np. psychiatria), gdzie badań laboratoryjnych praktycznie się nie zleca. Nie oznacza to zatem, że lekarz, który badań nie zlecał albo zlecał ich stosunkowo mało (nie ponosił kosztów badań albo koszty te były niewielkie w porównaniu z otrzymanym wynagrodzeniem) postępował tak z obawy o utratę zarobku. Niemniej przedstawiony wyżej mechanizm jest stosowany, funkcjonuje i niesienie ze sobą potencjalne ryzyko z tym związane.

**Podsumowując całość powyższego wyводу:**

Rzecznik Praw Pacjenta po przeprowadzeniu postępowania i ocenie materiału dowodowego uznał, że podmiot leczniczy stosuje praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów. Polega ona na organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w ten sposób, że określone lekarze wykonujący zawód w tym podmiocie są zobowiązani – na podstawie postanowień umownych – do ponoszenia części kosztów zleconych przez nich i wykonywanych u pacjentów badań diagnostycznych, które nie stanowią ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych, pomimo że wskazani lekarze nie są stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez podmiot leczniczy z Narodowym Funduszem Zdrowia, ani nie udzielają tych świadczeń jako podwykonawcy. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta przedmiotowa praktyka narusza zbiorowe prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz udzielanych z należytą starannością, o których mowa w art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy. W takim zaś przypadku wskazany sposób organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych jest niedopuszczalny w świetle art. 59 ust. 2 ustawy. Zdaniem Rzecznika Praw Pacjenta obarczenie lekarza kosztami zleconych badań jest rozwiązaniem nieprawidłowym, mogącym odnieść skutek zaniechania przez lekarza zlecenia pacjentowi badań, wymaganych aktualną wiedzą medyczną, z powodu konfliktu interesów oraz w obawie o utratę zarobku. Zagrożenie to ma charakter potencjalny, możliwy do wystąpienia. Może zrealizować się w sferze uprawnień każdego jednego pacjenta, który znajdzie się pod opieką lekarza, który zawarł umowę z podmiotem leczniczym zawierającą postanowienie o kosztach zleconych badań. Taki skutek w pełni jednak pozwala Rzecznikowi Praw Pacjenta na przypisanie podmiotowy leczniczemu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów, gdyż możliwość potencjalnego zaistnienia negatywnych skutków wobec określonej grupy odbiorców przesądza o naruszeniu zbiorowego interesu<sup>28</sup>. W niniejszej sprawie takie zagrożenie bez wątpienia występuje. Sama konstrukcja i brzmienie postanowień umownych ma wydźwięk jednoznacznie negatywny, zniechęcający. Wynika z nich, że lekarz, który zleca badania, otrzyma mniejsze wynagrodzenie - odliczy mu się koszty badań od należnego wynagrodzenia. Nie można tej kwestii rozpatrywać w oderwaniu od postrzegania zagadnienia przez samorząd lekarski, który w oficjalnych stanowiskach potępia taki sposób organizacji pracy przez podmioty lecznicze. Stanowiska te docierają do lekarzy, utrwalać i potwierdzając w ich świadomości negatywny skutek tego rodzaju postanowień umownych. Istotne w tej materii są także zasady rozliczania wykonania

---

<sup>28</sup> Tak: wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 kwietnia 2014 r. (sygn. akt II OSK 2826/12).

<sup>33</sup> Por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 17 stycznia 2017 r. (sygn. akt II OSK 2619/16).

świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Szczegółowa analiza w tym zakresie wykazała, że lekarz zlecający badania może faktycznie zarobić mniej, nawet jeśli zarobi więcej, niż gdyby badań nie zlecił w ogóle. Zakwestionowanych postanowień w umowach z lekarzami nie powinno być także z innych względów. Przede wszystkim jest to bezprawne w świetle z § 12 ust. 6 zd. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz § 15 ust. 1 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Koszty badań ma ponosić świadczeniodawca, nie można tym obowiązkiem obciążyć lekarza. Przyjęcie takiego rozwiązania skutkuje zagrożeniami wymienionymi wcześniej w toku niniejszego wywodu. Art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy nie odnosi się wyłącznie do samego momentu udzielania świadczeń zdrowotnych, kontaktu i relacji z lekarzem. Przesądza o tym art. 2 ustawy, który zobowiązuje do przestrzegania praw pacjenta także podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych – w takim zakresie, w jakim jest to dla nich właściwe. W tym zakresie w głównej mierze należy wymienić organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, tak aby odpowiadała ona wymaganiom określonym ww. przepisami prawa. Podmiot leczniczy ma obowiązek podjąć takie działania organizatorskie, które gwarantują zdolność tego podmiotu do udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>33</sup>. W te działania organizacyjne jak najbardziej wpisuje się zapewnienie odpowiednich warunków dla niezakłóconego i bezkonfliktowego wykonywania szczególnego rodzaju zawodu zaufania publicznego, jakim jest zawód lekarza. Pamiętać przy tym należy, że działalność lecznicza, jest szczególnym rodzajem działalności, podlegającym przepisom o działalności leczniczej, która ze względu na charakter i cel wymaga szczególnej staranności ze strony podmiotów ją wykonujących. Działanie podmiotu leczniczego ma charakter zorganizowany i to w najwyższym stopniu, gdyż to sam Dyrektor zakładu leczniczego (szpitala) ustalił takie zasady rozliczania świadczeń i podpisywał umowy z lekarzami. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta stosowanie przedmiotowych praktyk przez Szpital nie było adresowane do konkretnej osoby, lecz w efekcie było wymierzone w każdego potencjalnego pacjenta, który trafi pod opiekę lekarza z taką umową. Przy tym nie jest istotne ilu lekarzy zawarło umowę w powyższym kształcie, a w konsekwencji wobec ilu pacjentów ta praktyka odniosła skutek. Przez pojęcie „naruszenia zbiorowych praw pacjentów” rozumie się bowiem także działania bądź zaniechania, które dotknąć mogą potencjalnie każdego pacjenta danego podmiotu



lecniczego<sup>29</sup>. Należy w tym zakresie także dodać, że w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej pacjent (świadczeniobiorca) ma możliwość wyboru świadczeniodawcy nie zaś konkretnego lekarza, inaczej niż ma to miejsce w podstawowej opiece zdrowotnej (art. 29 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Ponadto Szpital niewątpliwie mógł przewidzieć, że zastosowanie w umowie z lekarzem postanowienia umownego pomniejszającego jego wynagrodzenie o koszty zleconych przez niego badań diagnostycznych może spowodować zmniejszenie częstotliwości ich zlecenia (lub zlecenie ich w rozłożeniu na więcej wizyt niż jedną).

Ze wskazanych powyżej powodów jednoznacznie wynika, iż w rozpatrywanej sprawie ziściły się przesłanki wskazane w art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy, co obliguje Rzecznika Praw Pacjenta do uznania rzeczonyj praktyki za naruszające zbiorowe prawa pacjentów.

Do dnia wydania niniejszej decyzji do Rzecznika Praw Pacjenta nie wpłynęła informacja, aby treść ww. umów z lekarzami został zmieniona a tym samym praktyka będąca przedmiotem niniejszego postępowania została przez podmiot leczniczy zaniechana. Dlatego też wydano decyzję nakazującą zaniechanie stosowania ww. praktyk.

Zgodnie z art. 64 ust. 2 ustawy, Rzecznik Praw Pacjenta może nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku, obowiązek składania w wyznaczonym terminie informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów lub usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów. Dlatego też zobowiązano Szpital do złożenia informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania stosowania wskazanej w decyzji praktyki, która narusza zbiorowe prawa pacjentów, w terminie 60 dni od dnia otrzymania niniejszego pisma. Jednocześnie należy wskazać, że nakaz zaniechania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów obliguje podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych do podjęcia stosowanych działań celem realizacji tego nakazu. Niemniej katalog tych działań nie jest zamknięty. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta nakaz zaniechania wskazanej praktyki z pewnością wiąże się z tym, że podmiot leczniczy po otrzymaniu niniejszej decyzji nie może zawierać kolejnych umów przewidujących zakwestionowane postanowienia umowne. W zakresie zaś umów obowiązujących w dniu otrzymania decyzji, zdaniem organu, zasadnym jest zaproponowanie lekarzom zmian w tych umowach w zakresie uchylenia zakwestionowanych postanowień. Należy także wskazać, że umowy zawarte z lekarzami nie przewidują postanowień, które

---

<sup>29</sup> Por. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 19 lutego 2016 r. (sygn. VII SA/Wa 2883/15).

uniemożliwiałyby rezygnację ze swojego uprawnienia, tj. możliwości umorzenia zobowiązania lekarza. W takim przypadku mamy do czynienia ze zwolnieniem z długu polegającego na tym, że koszty wykonania badań diagnostycznych będzie ponosił w całości podmiot leczniczy.

Mając na uwadze powyższe orzeczono, jak w sentencji decyzji.

Niniejsza decyzja jest ostateczna.

### **Pouczenie**

- 1) Zgodnie z art. 66 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta na powyższą decyzję przysługuje skarga do sądu administracyjnego, który rozpatruje skargę niezwłocznie.
- 2) Zgodnie z art. 53 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi<sup>30</sup> skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia decyzji.
- 3) Zgodnie z art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, skargę należy wnieść do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, ul. Jasna 2/4, 00-013 Warszawa, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta.
- 4) Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości oraz szczegółowych zasad pobierania wpisu w postępowaniu przed sądami administracyjnymi<sup>31</sup> wniesienie skargi na akt z zakresu administracji publicznej dotyczący uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa podlega wpisowi stałemu w wysokości 200 zł. Opłatę tytułem wpisu można uiścić gotówką do kasy właściwego sądu administracyjnego bądź na rachunek bankowy tego sądu. Skarżącemu, który wykaże, że nie jest w stanie ponieść kosztów postępowania, może być przyznane prawo pomocy, które obejmuje zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie profesjonalnego pełnomocnika;
- 5) Zgodnie z art. 68 ustawy Rzecznik nakłada na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku, w drodze decyzji, karę pieniężną do wysokości 500 000 złotych w przypadku niepodjęcia działań określonych w decyzji, o której mowa w art. 64 ust. 1, w terminie w niej wskazanym.

---

<sup>30</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 2325, z późn. zm.

<sup>31</sup> Dz. U. Nr 221 poz. 2193

- 6) **Zgodnie z art. 61 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi wniesienie skargi do sądu administracyjnego nie wstrzymuje wykonania niniejszej decyzji.**

**RZECZNIK PRAW PACJENTA**

*Bartłomiej Chmielowiec*

**Podpisano elektronicznie**

