

Wyrok z dnia 1 kwietnia 2004 r.

III SK 24/04

System rozliczeń usług zdrowotnych świadczonych przez lekarzy rodzinnych powinien uwzględniać przede wszystkim dobro ubezpieczonych pacjentów jako konsumentów świadczeń zdrowotnych.

Przewodniczący SSN Kazimierz Jaśkowski, Sędziowie SN: Katarzyna Gonera (sprawozdawca), Andrzej Wróbel.

Sąd Najwyższy, po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 1 kwietnia 2004 r. sprawy z odwołania Narodowego Funduszu Zdrowia W. Oddziału Wojewódzkiego w P. - następcy prawnego W. Regionalnej Kasy Chorych w P. przeciwko Prezesowi Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z udziałem zainteresowanej W. Izby Lekarskiej z siedzibą w P. o ochronę konkurencji i konsumentów, na skutek kasacji strony powodowej od wyroku Sądu Okręgowego-Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie z dnia 5 lutego 2003 r. [...]

u c h y l i ł zaskarżony wyrok w części oddalającej odwołanie W. Regionalnej Kasy Chorych w P. od decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów - Delegatura w P. z dnia 30 listopada 2001 r. [...] (punkt II wyroku) w zakresie objętym punktem II. 1. a) tej decyzji i w tej części przekazał sprawę Sądowi Okręgowemu w Warszawie-Sądowi Ochrony Konkurencji i Konsumentów do ponownego rozpoznania i orzeczenia o kosztach postępowania kasacyjnego.

U z a s a d n i e

Decyzją z 30 listopada 2001 r. [...] Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, między innymi, że W. Regionalna Kasa Chorych z siedzibą w P. stosuje praktyki ograniczające konkurencję, polegające na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonych z terenu województwa w. po-

przez narzucanie uciążliwych, przynoszących tej Kasie nieuzasadnione korzyści, warunków umów:

1. „na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych należących do kompetencji lekarza rodzinnego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”, opracowanych i przyjętych na lata 2001-2002, poprzez wprowadzenie do ich treści postanowień dotyczących:

a) nieopłacania oraz opłacania w niepełnej wysokości stawki kapitałowej usług wykonywanych przez świadczeniodawców w sytuacji, gdy usługi te wykraczają ponad ustalony limit pacjentów, którzy zgodnie z umową mogą zostać objęci opieką jednego lekarza rodzinnego (punkt II 1 a decyzji),

b) zobowiązania świadczeniodawców do zwrotu kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kwotą 15% wartości kontraktu a kwotą wydatkowaną na badania diagnostyczne, przy równoczesnym niezagwarantowaniu świadczeniodawcom refundacji kosztów badań przekraczających kwotę, która zgodnie z umową powinna zostać przeznaczona na finansowanie kosztów tych badań (punkt II 1 b decyzji),

2. „na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”, opracowanych i przyjętych na lata 2001-2002, w wyniku:

a) przyjęcia, że jednostką rozliczeniową za zamówione i wykonywane świadczenia zdrowotne jest punkt o nieustalonej i zmiennej w czasie trwania umowy wartości, co jest równoznaczne z nieokreśleniem jednostkowych cen usług i w ten sposób wartości kontraktu, w wyniku czego na świadczeniodawców zostało w całości przerzucone ryzyko zmian warunków wpływających na sytuację finansową W. Regionalnej Kasy Chorych (punkt II 2 a decyzji),

b) zobowiązania świadczeniodawców do ponoszenia kosztów badań diagnostycznych, określonych w umowie z zakresu udzielania specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, przy równoczesnym nieokreśleniu limitu tych badań oraz średniego kosztu poszczególnych badań i nieuwzględnieniu tej wielkości przy ustalaniu wartości kontraktu, co przy zmiennej jego wartości nie zapewnia świadczeniodawcom zwrotu kosztów wykonania tych badań (punkt II 2 b decyzji).

W decyzji nakazano również zaniechanie dalszego stosowania powyższych praktyk ograniczających konkurencję. Postępowanie administracyjne zostało wszczęte na wniosek W. Izby Lekarskiej z siedzibą w P.

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Prezes UOKiK) swoją decyzję w części objętej punktem II 1 a oparł na ustaleniu, że przyjęta przez W. Regionalną Kasę Chorych w P. (WRKCh) zasada wypłacania stawki kapitaacyjnej (stawki na danego pacjenta) w pełnej wysokości tylko w odniesieniu do liczby pacjentów nieprzekraczającej ustalonych limitów jest nieprawidłowa. Prezes UOKiK uznał racjonalność i prokonsumencki charakter wprowadzonych limitów, nie zaakceptował jednak przyjętego przez WRKCh systemu rozliczania lekarzy rodzinnych. Zdaniem Prezesa UOKiK, limit pacjentów, którzy mogą zostać wpisani na listę jednego lekarza, powinien być konkretnie określony w umowie, a jego przekroczenie powinno być sankcjonowane w inny sposób niż uczyniła to Kasa, chociażby przez możliwość nałożenia kary umownej i w ostateczności rozwiązania umowy. W uzasadnieniu decyzji Prezes Urzędu podkreślił, iż o ile na etapie składania przez lekarzy rodzinnych kasie chorych ofert zawarcia umowy na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych należących do kompetencji lekarza rodzinnego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego liczba pacjentów objętych opieką każdego lekarza rodzinnego podlegać może negocjacom, o tyle po podpisaniu umowy każdy lekarz powinien mieć pewność co do przypisanej mu liczby pacjentów. Tak ustalona wielkość zakontraktowanej usługi powinna być opłacana w całości przez Kasę Chorych. Postępowanie WRKCh - wypłacanie jedynie 50% lub niewypłacanie w ogóle stawki kapitaacyjnej w sytuacji, gdy liczba pacjentów przypisanych do danego lekarza rodzinnego przekroczy limit 2.500 - stanowi przerzucenie ciężaru odpowiedzialności za stan podstawowej opieki zdrowotnej na podległym tej Kasie terenie na lekarzy rodzinnych. Ponadto, przy braku jakiegokolwiek możliwości negocjowania warunków zawieranych umów na etapie ich kontraktowania nieopłacanie „ponadlimitowych” pacjentów zapewnia Kasie Chorych bezpłatną lub jedynie częściowo odpłatną, w stosunku do niektórych pacjentów („ponadlimitowych”), opiekę lekarską na terenie nienasyconym w dostateczny sposób w praktykę lekarza rodzinnego. Przynosi to więc WRKCh wymierne, nieuzasadnione korzyści. Zdaniem Prezesa UOKiK, postanowienia § 25 pkt 4 umów z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego naruszają przepis art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Uzasadniając punkt II 1 b decyzji, Prezes UOKiK stwierdził, że również zobowiązanie lekarzy rodzinnych do zwrotu różnicy pomiędzy kwotą, którą lekarz miał obowiązek przeznaczyć na zabezpieczenie badań diagnostycznych (15 % rocznej kwoty kontraktu), a kwotą, którą faktycznie przeznaczył na ten cel (§ 18 pkt 8 umów z

zakresu kompetencji lekarza rodzinnego), przynosi nieuzasadnione korzyści WRKCh. Skoro na pokrycie kosztów zlecanych badań diagnostycznych świadczeniodawcy otrzymują stałą kwotę, to zobowiązują się pokrywać z niej koszty wykonania zleconych przez nich badań niezależnie od wielkości kosztów faktycznie poniesionych na ten cel (przekraczających tę kwotę lub też od niej niższych). Uznanie opisanej praktyki za ograniczającą konkurencję, uzasadnione jest, zdaniem Prezesa UOKiK, brakiem wprowadzenia - obok obowiązku lekarzy rodzinnych zwrotu kwot, które w granicach limitu nie zostały wykorzystane na badania - obowiązku Kasy Chorych zagwarantowania świadczeniodawcom zwrotu wydatków ponoszonych na badania w sytuacji, gdy ich koszt przekroczył wartość środków otrzymanych od niej na ten cel.

W uzasadnieniu dotyczącym punktu II 2 a decyzji Prezes UOKiK podniósł, że nieprawidłowe jest określenie maksymalnej kwoty zobowiązania WRKCh wobec kontrahenta i jednoczesne przyjęcie jednostki rozliczeniowej za wykonane usługi w postaci punktu o zmiennej wartości. Wartość tego punktu nie jest wartością stałą, znaną świadczeniodawcom w momencie podpisywania umowy i wykonywania usługi. Przyjęty przez WRKCh sposób ustalania wartości punktu, zgodnie z którym do 25 dnia każdego miesiąca Kasa określa wartość punktu w oparciu o dane z poprzedniego miesiąca (liczbę punktów wypracowanych przez wszystkich zakontraktowanych świadczeniodawców), powoduje, że lekarz rodzinny wykonując usługę nie wie, jaką otrzyma za nią zapłatę. Sposób ustalenia zapłaty odrywa więc cenę usługi od kosztów jej świadczenia. Z punktu widzenia zasad konkurencji jest to niedopuszczalne. Podobnie niewłaściwy jest, zdaniem Prezesa UOKiK, sposób rozliczania kosztów badań diagnostycznych wykonanych w ramach umów z zakresu specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, czego dotyczy punkt II 2 b decyzji. W sytuacji, gdy rozliczenie świadczeń udzielanych w ramach tych umów odbywa się w oparciu o jednostkę rozliczeniową, którą jest punkt o zmiennej wartości, WRKCh powinna ustalić limit badań oraz średni lub minimalny koszt poszczególnych badań i jego wysokość uwzględnić przy ustalaniu ceny porad w poszczególnych grupach rodzajowych. WRKCh zastosowała natomiast system rozliczeń świadczeń z zakresu badań specjalistycznych, który został oparty na zmiennej wartości punktu. Przy takim rozwiązaniu cena traci charakter ryczałtu i jest wartością nieznaną świadczeniodawcy w momencie wykonania usługi. Utrudnia to, a nawet uniemożliwia, świadczeniodawcy oszacowanie kosztów wykonanych badań. W skrajnej sytuacji nie można wykluczyć, że koszt badań diagnostycznych przekroczy uzyskaną cenę porady.

Z tych względów Prezes UOKiK stwierdził naruszenie przez WRKCh przepisu art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, w związku z czym nakazał zaniechanie stosowania tej praktyki w latach 2001-2002 .

Od powyższej decyzji odwołanie wniosła W. Regionalna Kasa Chorych w P., domagając się uznania, że opisane w decyzji zdarzenia nie stanowią praktyk ograniczających konkurencję, polegających na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku organizowania świadczeń zdrowotnych. Zakwestionowała zakwalifikowanie Kasy Chorych jako podmiotu organizującego usługi o charakterze użyteczności publicznej. Odnosząc się do punktu II 1a zaskarżonej decyzji podniosła, że Kasa Chorych dopuszcza możliwość zapłaty 100 % stawki kapitacyjnej po przekroczeniu limitu liczby ubezpieczonych zadeklarowanych do danego lekarza rodzinnego ponad liczbę 2.500 osób - chociaż na określonych warunkach. Jest to możliwe, gdy lekarz zatrudni dodatkowego lekarza, tzw. lekarza do pomocy, albo gdy wystąpi z uzasadnionym wnioskiem do Zarządu WRKCh o renegotjację warunków zawartej umowy. Stworzenie tych możliwości jest wystarczającym działaniem uwzględniającym interes ekonomiczny lekarzy rodzinnych. Skarżąca zwróciła uwagę, że takie ukształtowanie umów z lekarzami rodzinnymi (obniżenie stawki kapitacyjnej do 50 % albo całkowite zaniechanie jej wypłacania) wynikało z troski o dobro pacjenta, o zapewnienie mu jak najłatwiejszego dostępu do lekarza rodzinnego przy równoczesnym zabezpieczeniu lekarzowi możliwości uzyskania należytej odpłatności za świadczenia wykraczające poza umowę.

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z 5 lutego 2003 r. [...] na skutek odwołania W. Regionalnej Kasy Chorych w P. od decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z 30 listopada 2001 r., zmienił zaskarżoną decyzję w punkcie II w ten sposób, że nie stwierdził praktyk ograniczających konkurencję polegających na nadużywaniu pozycji dominującej poprzez narzucanie uciążliwych, przynoszących W. Regionalnej Kasie Chorych nieuzasadnione korzyści warunków umów na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego opracowanych na rok 2002, określonych w punkcie II 2 ab decyzji, oraz oddalił odwołanie w pozostałym zakresie, czyli co do punktu II 1 ab decyzji.

Sąd stwierdził, iż odwołanie zasługiwało na uwzględnienie jedynie w części - w zakresie objętym punktem II 2 ab decyzji - co było uzasadnione zmianą w roku 2002 wspomnianych w tym punkcie decyzji warunków umów zawieranych z lekarzami rodzinnymi w stosunku do roku 2001 i w rezultacie zaprzestaniem stosowania przez

WRKCh praktyk ograniczających konkurencję. Okoliczność tę potwierdził Prezes UOKiK na rozprawie przed Sądem Ochrony Konkurencji i Konsumentów, wnosząc o zmianę decyzji w tej części. Natomiast w pozostałym zakresie odwołanie WRKCh nie zasługiwało na uwzględnienie. W tej części Sąd Okręgowy podzielił ustalenia faktyczne i ocenę prawną dokonane przez Prezesa UOKiK w zaskarżonej decyzji.

Sąd Okręgowy stwierdził, że kasy chorych są podmiotami, które organizują usługi o charakterze użyteczności publicznej, ponieważ organizują usługi medyczne, a celem, któremu ma służyć ich realizacja, jest ochrona zdrowia społeczeństwa. Ochrona zdrowia lokalnej społeczności została wymieniona wśród zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego (art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, jednolity tekst: Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 ze zm.), a zadania własne gmin z reguły są traktowane jako zadania o charakterze użyteczności publicznej. Również w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego prezentowany jest pogląd, że zadania mające charakter użyteczności publicznej należy rozumieć możliwie najszerzej (por. uchwałę Trybunału Konstytucyjnego z 12 marca 1997 r., W 8/96, OTK 1997 nr 1, poz. 15). W ocenie Sądu, kasy chorych spełniają warunki do uznania ich za podmioty organizujące usługi o charakterze użyteczności publicznej w rozumieniu art. 4 pkt 1 a ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Rozpoznając sprawę w kontekście stosowania praktyki ograniczającej konkurencję, określonej w art. 8 ust. 1 i ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, Sąd Okręgowy rozważył, czy zaistniały przesłanki wymienione w tym przepisie, a mianowicie: 1) czy warunki umów zostały narzucone świadczeniodawcom (lekarzom rodzinnym) przez podmiot dominujący (kasę chorych), 2) czy były one uciążliwe dla świadczeniodawców, 3) czy przyniosły podmiotowi narzucającemu te uciążliwe warunki nieuzasadnione korzyści.

Sąd zwrócił uwagę, że W. Regionalna Kasa Chorych faktycznie nie negocjowała ze świadczeniodawcami ani warunków konkursu ofert, ani warunków zawieranych umów. Posiadając na rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonych z terenu województwa w. pozycję dominującą, narzuciła zarówno warunki konkursu ofert, jak i warunki umów. Podmioty, które chciały świadczyć usługi i utrzymać się na rynku, nie mając żadnego wyboru, zmuszone były przyjąć narzucone przez WRKCh warunki. Narzucenie lekarzom postanowienia umownego, zgodnie z którym nie będą w ogóle opłacane lub będą opłacane w ograniczonym zakresie ich

świadczenia zdrowotne dla pacjentów „ponadlimitowych” w sytuacji, gdy powszechnie wiadomo, że istnieje duże zapotrzebowanie społeczne na świadczone przez nich usługi (a zatem przyjmowanie dodatkowych pacjentów będzie miało miejsce), przy istnieniu jednocześnie innych możliwości rozwiązania problemu przyjmowania przez lekarzy rodzinnych zbyt dużej ilości pacjentów wbrew ich dobru, jest - w ocenie Sądu Okręgowego - działaniem, które przynosi i zapewnia Kasie Chorych nieuzasadnione wymierne korzyści majątkowe. Podobnie, w ocenie Sądu, ustalenie w umowie obowiązku zwrotu 15 % niewykorzystanej przez lekarza części stawki kapitacyjnej na badania diagnostyczne, już faktycznie wydatkowanej i rozliczonej przez Kasę, zapewnia jej osiągnięcie nieuzasadnionych korzyści.

Odnosząc się do treści punktu II 2 a decyzji, Sąd Okręgowy podzielił pogląd Prezesa UOKiK, że narzucony przez WRKCh sposób ustalania wartości punktu, zgodnie z którym do dnia 25 każdego miesiąca Kasa określa wartość punktu w oparciu o dane z poprzedniego miesiąca, powoduje, że wykonując usługę świadczeniodawca nie wie, jaką otrzyma za to zapłatę, nie zna bowiem wysokości kwoty, jaką w przyszłości otrzyma za jej wykonanie. Cena usługi odewana zostaje od uwarunkowań ekonomicznych, co w efekcie pozbawia świadczeniodawcę możliwości zaplanowania kosztów i określenia standardu usługi.

Kasację od wyroku Sądu Okręgowego wniosła W. Regionalna Kasa Chorych w P., zaskarżając powyższy wyrok w punkcie II, w części oddalającej jej odwołanie od decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w punkcie II 1 a, to znaczy w zakresie stwierdzenia stosowania przez WRKCh praktyk ograniczających konkurencję, polegających na nadużywaniu przez nią pozycji dominującej na rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonych z terenu województwa w. poprzez narzucenie uciążliwych, przynoszących Kasie nieuzasadnione korzyści, warunków umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych należących do kompetencji lekarza rodzinnego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w wyniku wprowadzenia postanowienia umownego o nieopłacaniu lub opłacaniu w niepełnej wysokości stawki kapitacyjnej usług wykonywanych przez świadczeniodawców w sytuacji, gdy usługi te wykraczają ponad ustalony limit pacjentów, którzy zgodnie z umową mogą być objęci opieką jednego lekarza.

Zaskarżonemu wyrokowi skarżąca zarzuciła naruszenie prawa materialnego przez niewłaściwe zastosowanie art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 122, poz. 1319 ze zm., obecnie jednolity tekst: Dz.U. z 2003 r. Nr 86, poz. 804 ze zm.) wskutek uznania, że warunki zawartych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych należących do kompetencji lekarza rodzinnego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego były uciążliwe dla świadczeniodawców oraz przyniosły skarżącej nieuzasadnione korzyści. Zdaniem skarżącej, skoro nie zaistniały przesłanki, o których mowa w art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, dotyczące uciążliwych dla świadczeniodawców warunków umów, przynoszących Kasie Chorych nieuzasadnione korzyści, przepis ten został niewłaściwie zastosowany. Skarżąca wskazała, że zaskarżony wyrok oczywiście narusza prawo z uwagi na zastosowanie przez Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów przepisu art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów pomimo nieziszczenia się przesłanek niezbędnych do zastosowania tego przepisu, dotyczących uciążliwych dla świadczeniodawców warunków umów zawartych przez skarżącą oraz nieuzasadnionych korzyści osiągniętych przez nią w ten sposób. Skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w części II - ale tylko co do punktu II 1 a decyzji Prezesa UOKiK - przez uwzględnienie odwołania, ewentualnie o uchylenie wyroku w tym zakresie i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Warszawie - Sądowi Ochrony Konkurencji i Konsumentów do ponownego rozpoznania.

W uzasadnieniu kasacji podniesiono, że W. Regionalna Kasa Chorych w P. zawarła w latach 2001 i 2002 umowy ze świadczeniodawcami z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu konkursu ofert i konsultacjach z W. Izba Lekarską w P. Zarówno świadczeniodawcy, którzy jako oferenci przystępowali do konkursu ofert, jak i W. Izba Lekarska, byli świadomi, że wykonywanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej finansowane będzie na podstawie liczby podopiecznych (pacjentów) zadeklarowanych do danego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Z treści umów, które dołączone zostały do warunków konkursu ofert, wynikało, że świadczeniodawcy nie mają określonej w umowie konkretnej liczby podopiecznych, którzy są wpisani na listę każdego lekarza, z uwagi na możliwość dokonywania przez pacjentów zmian lekarza w trakcie trwania umowy. W umowie na świadczenia zdrowotne został określony jedynie maksymalny limit 2.500 pacjentów przypadających na jednego lekarza rodzinnego, który był uzasadniony z

uwagi na prokonsumencki charakter tego ograniczenia (w interesie pacjentów zadeklarowanych do danego lekarza) W umowach zostały przewidziane odstępstwa od zasady finansowania jedynie ubezpieczonych zadeklarowanych do lekarza w ramach limitu 2.500 osób. W przypadku przekroczenia tej liczby świadczeniodawca mógł otrzymać 100 % stawki kapitacyjnej za ubezpieczonego, jeżeli zapewnił dostępność świadczeń zdrowotnych dla pacjentów przekraczających limit poprzez „dotrudnienie” tzw. lekarza do pomocy, który nie tworzył własnej listy podopiecznych, bo mógł być „zatrudniony” w niepełnym wymiarze godzin w zależności od liczby „ponadlimitowych” pacjentów. Warunki określone w umowach nie były zatem uciążliwe dla świadczeniodawców w zakresie finansowania świadczeń ponad ustalony w umowie limit pacjentów. W przypadku jego przekroczenia Kasa Chorych w ogóle nie powinna płacić za te świadczenia, bo takie działanie wiązałoby się z dążeniem świadczeniodawców do przekraczania tej granicy w celu zwiększenia swoich dochodów kosztem jakości świadczeń dla pacjentów, a umownie ustalony limit byłby fikcją. WRKCh przewidziała w umowach możliwość przekraczania górnej granicy limitu pod warunkiem spełnienia określonych przesłanek (zatrudnienia dodatkowego lekarza). W praktyce w uzasadnionych przypadkach uwzględniano również wnioski świadczeniodawców o pełną odpłatność za „ponadlimitowych” pacjentów, gdy zatrudnienie dodatkowego lekarza (lekarza do pomocy) było niemożliwe lub utrudnione. Skarżąca zakwestionowała również pogląd Sądu Okręgowego o uzyskiwaniu nieuzasadnionych korzyści z tytułu realizacji umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych na warunkach w nich określonych. Niezastosowanie się przez świadczeniodawców do postanowień umowy dotyczących limitu pacjentów, pomimo stworzenia dodatkowych możliwości otrzymania 100 % stawki kapitacyjnej za usługi wykonane ponad maksymalny limit, nie stanowiło wymiernej i nieuzasadnionej korzyści dla Kasy Chorych. Kasa Chorych działa bowiem nie dla zysku, a w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń wykonywanych na należyłym poziomie.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Przede wszystkim z urzędu należało uwzględnić zmianę stanu prawnego, wynikającą z ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 ze zm.), która weszła w życie z dniem 1 kwietnia 2003 r. Z tym dniem regionalne kasy chorych przekształciły

się z mocy prawa w oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 206 ustawy), przy czym Narodowy Fundusz Zdrowia stał się z mocy prawa podmiotem wszelkich praw i obowiązków kas chorych (art. 202 ust. 1 ustawy), w szczególności wstąpił w prawa i obowiązki kas chorych wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych przed dniem wejścia w życie ustawy między kasami chorych a świadczeniodawcami (art. 198 ust. 1 ustawy). Co prawda, Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r., K 14/03 (Dz.U. Nr 5, poz. 37) zakwestionował zgodność z Konstytucją RP szeregu przepisów tej ustawy, stwierdzając, że art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia w związku z przepisami tej ustawy dotyczącymi organizacji i zasad działania Narodowego Funduszu Zdrowia (rozdziały 1 i 4), zasad zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych (rozdziały 5, 6, 7 i 8), gospodarki finansowej (rozdział 9), zasad nadzoru i kontroli wykonywania zadań Narodowego Funduszu Zdrowia (rozdział 13), są niezgodne z art. 68 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez to, że tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie, naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, jednak po pierwsze - odroczył utratę mocy obowiązującej niekonstytucyjnych przepisów tej ustawy do 31 grudnia 2004 r., po drugie - nie zakwestionował przepisów rozdziału 16 (obejmującego przepisy przejściowe i końcowe), w którym znalazły się powołane wcześniej art. 198 ust. 1, art. 202 ust. 1 i art. 206. Z tego względu Sąd Najwyższy przyjął, że w postępowaniu kasacyjnym występowała już nie W. Regionalna Kasa Chorych w P., lecz Narodowy Fundusz Zdrowia - W. Oddział Wojewódzki w P. jako jej następcą prawny.

Zakres zaskarżenia kasacją wyznaczał zakres rozpoznania sprawy przez Sąd Najwyższy. Ponieważ W. Regionalna Kasa Chorych w P. zaskarżyła wyrok Sądu Okręgowego w części oddalającej jej odwołanie od decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jedynie w zakresie dotyczącym punktu II 1a tej decyzji, a mianowicie co do stwierdzenia, że postanowienia umów na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych należących do kompetencji lekarza rodzinnego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego dotyczące nieopłacania lub opłacania w niepełnej wysokości stawki kapitałowej usług wykonywanych przez świadczeniodawców w sytuacji, gdy usługi te wykraczają ponad ustalony limit pa-

cientów, którzy zgodnie z umową mogą zostać objęci opieką jednego lekarza rodzinnego, stanowią praktykę ograniczającą konkurencję, polegającą na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz ubezpieczonych z terenu województwa w., to tylko w odniesieniu do tej części rozstrzygnięcia sprawy przez Sąd Okręgowy należało rozpoznać sprawę w postępowaniu kasacyjnym.

W ocenie Sądu Najwyższego kasacja ma uzasadnione podstawy. Słusznie zarzuca się w niej zaskarżonemu wyrokowi, że przypisanie W. Regionalnej Kasie Chorych w P. stosowania praktyk ograniczających konkurencję, polegających na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku właściwym (art. 8 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów), poprzez narzucanie uciążliwych warunków umów, przynoszących narzucającemu nieuzasadnione korzyści (art. 8 ust. 2 pkt 6 tej ustawy), nastąpiło bez wystarczająco wnikliwego ze strony Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów rozważenia wszelkich okoliczności faktycznych podlegających ustaleniu i ocenie w związku ze stwierdzeniem istnienia przesłanek opisanych w art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Ocenione z tego punktu widzenia przez Sąd Okręgowy postanowienia umów na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych należących do kompetencji lekarza rodzinnego dotyczyły limitu w zakresie liczby pacjentów podlegających opiece jednego lekarza rodzinnego, limitowania liczby pacjentów, gdy lekarz ten korzysta z pomocy innego lekarza, oraz niepłacenia przez Kasę Chorych pełnej stawki kapitacyjnej za pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych ponad ustalone limity. Sąd Okręgowy przyjął - dzieląc w tym zakresie ocenę Prezesa UOKiK zawartą w decyzji, od której WRKCh odwołała się do Sądu - że niemożliwy do zaakceptowania jest system rozliczeń z lekarzami rodzinnymi, przewidujący - w przypadku przekroczenia przez świadczeniodawcę limitu 2.500 ubezpieczonych na jednego lekarza rodzinnego i niespełnienia przewidzianego w umowie warunku dla sfinansowania stawki kapitacyjnej w wysokości 100 % (w postaci zatrudnienia dodatkowego lekarza) - opłacanie usług ponad limit stawką kapitacyjną w niepełnej wysokości (do 3.200 ubezpieczonych na jednego lekarza rodzinnego) lub nieopłacanie tych usług w ogóle (w przypadku przekroczenia 3.200 ubezpieczonych na jednego lekarza rodzinnego). Sąd Okręgowy podzielił także pogląd Prezesa UOKiK, że limit pacjentów, którzy mogą zostać wpisani na listę jednego lekarza rodzinnego, powinien być konkretnie określony w indywidualnej umowie, a jego przekroczenie powinno być sank-

cjonowane w inny sposób - chociażby przez możliwość nałożenia kary umownej i w ostateczności rozwiązanie umowy. Zastosowany instrument ekonomiczny, mający na celu zdyscyplinowanie świadczeniodawców do nieprzekraczania ustalonych limitów pacjentów przypadających na jednego lekarza, został oceniony przez Sąd Okręgowy jako uciążliwy warunek umowy, przynoszący nieuzasadnione korzyści Kasie Chorych, jako przerzucający ciężar odpowiedzialności za stan podstawowej opieki zdrowotnej na lekarzy rodzinnych.

Samo ustalenie przez Kasę Chorych limitów - ograniczenie ilości pacjentów przypisanych jednemu lekarzowi rodzinnemu (poddanych opiece medycznej jednego lekarza rodzinnego) - nie zostało zakwestionowane ani przez Prezesa UOKiK, ani przez Sąd Okręgowy. Obydwa organy rozpoznające sprawę uznały, że wprowadzenie takich limitów jest uzasadnione dobrem pacjentów, ponieważ zapewnia pacjentom odpowiednią dostępność do podstawowych usług medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Oczywiście jest bowiem, że im więcej pacjentów przypada na jednego lekarza rodzinnego, tym trudniej skorzystać z jego porady (ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych), tym dłużej czeka się w kolejce na przyjęcie przez lekarza i tym krócej może trwać jedna wizyta, co musi wpływać na jakość świadczonych usług. Żaden z organów rozpoznających sprawę nie zakwestionował zatem - z punktu widzenia przesłanek określonych w art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów - samego zastosowania limitów ubezpieczonych przypisanych do jednego lekarza. Za ograniczające konkurencję uznano natomiast wprowadzenie do umów zawartych pomiędzy Kasą Chorych a świadczeniodawcami postanowień dotyczących opłacania w niepełnej wysokości (przy przekroczeniu limitu 2.500 pacjentów na jednego lekarza rodzinnego) lub nieopłacania w ogóle (przy przekroczeniu ilości 3.200 pacjentów na jednego lekarza) stawki kapitacyjnej. Za narzucanie przez przedsiębiorcę uciążliwych warunków umów, przynoszących mu nieuzasadnione korzyści, uznano zatem zastosowany przez Kasę Chorych instrument nakłonienia świadczeniodawców do respektowania ustalonych w umowach limitów. Obydwa organy rozpoznające sprawę (Prezes UOKiK oraz Sąd Okręgowy) miały świadomość, że brak jakichkolwiek sankcji za przekroczenie limitu pacjentów poddanych opiece jednego lekarza rodzinnego doprowadzi do sytuacji, w której limity te nie będą w praktyce w ogóle przestrzegane.

Stwierdzenie przez Sąd Okręgowy, że postanowienia umów dotyczące nieopłacania lub opłacania w niepełnej wysokości stawki kapitacyjnej usług wykraczają-

cych ponad ustalony limit pacjentów, którzy zgodnie z umową mogą zostać objęci opieką jednego lekarza, stanowiło narzucenie uciążliwych warunków umów, przynoszących WRKCh nieuzasadnione wymierne korzyści, nastąpiło bez uwzględnienia szeregu okoliczności.

Przede wszystkim, umowy zawierane przez WRKCh ze świadczeniodawcami nie nakładały na lekarzy rodzinnych obowiązku przyjmowania pacjentów ponad określony w umowie limit. Przyjmując z własnej woli pacjentów ponad ustalony w umowie limit, lekarz rodzinny musiał się liczyć z tym, że za świadczenia zdrowotne na rzecz „ponadlimitowych” pacjentów nie otrzyma pełnej odpłatności (pełnej stawki kapitacyjnej).

Ponadto, zgodnie z przyjętymi zasadami rozliczeń, w razie przekroczenia liczby ubezpieczonych zadeklarowanych do danego lekarza ponad limit 2.500 osób Kasa Chorych miała płacić 100 % stawki kapitacyjnej za świadczone usługi (także te „ponadlimitowe”) w dwóch sytuacjach: po pierwsze - gdy lekarz rodzinny, do którego zadeklarowało się więcej niż 2.500 pacjentów, zatrudnił dodatkowego lekarza - tzw. lekarza do pomocy (na podstawie umowy o pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy albo na podstawie umowy prawa cywilnego), po drugie - gdy lekarz rodzinny wystąpił z uzasadnionym wnioskiem do Zarządu WRKCh o ustalenie indywidualnych warunków umowy w zakresie dotyczącym opłacania pełną (w wysokości 100 %) stawką kapitacyjną usług świadczonych pacjentom ponad przyjęty w umowie limit; taka możliwość istniała w sytuacjach szczególnych, na przykład w przypadku prowadzenia przez lekarzy rodzinnych praktyki w miejscowości (na obszarze), gdzie liczba mieszkańców przekraczała dopuszczalną maksymalną liczbę pacjentów przypadających na jednego lekarza rodzinnego, a nie istniała możliwość zatrudnienia dodatkowego lekarza. Oznacza to, że umowy zawierane ze świadczeniodawcami przewidywały pełną odpłatność za ambulatoryjne świadczenia zdrowotne należące do kompetencji lekarza rodzinnego także w przypadku przekroczenia limitu ubezpieczonych zadeklarowanych do jednego lekarza, jednak pod pewnymi warunkami. Spełnienie tych warunków - zatrudnienie dodatkowego lekarza (tzw. lekarza do pomocy w niepełnym wymiarze czasu pracy albo na podstawie umowy prawa cywilnego) lub zwrócenie się z wnioskiem do Zarządu WRKCh o możliwość renegotjowania umowy - nie było niemożliwe ani znacznie utrudnione, a w każdym razie tego rodzaju ustaleń Sąd Okręgowy nie poczynił.

Powyższych okoliczności nie wziął pod uwagę Sąd Okręgowy przy ocenie działań WRKCh w kontekście przesłanek wynikających z przepisu art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Stworzenie przez Kasę Chorych realnych możliwości płacenia 100 % stawki kapitacyjnej za świadczenia zdrowotne także w przypadku przekroczenia limitu pacjentów określonego w umowie (w razie zatrudnienia dodatkowego lekarza, tzw. lekarza do pomocy, albo w razie indywidualnego renegocjowania warunków umowy w uzasadnionych sytuacjach) powinno być uwzględnione przy ocenie, czy rzeczywiście doszło do narzucenia przez Kasę Chorych świadczeniodawcom uciążliwych warunków umów, przynoszących jej nieuzasadnione korzyści. Nieskorzystanie przez lekarzy rodzinnych ze sposobności uzyskania odpłatności w wysokości 100 % stawki kapitacyjnej nie może stanowić uzasadnienia dla oceny, że doszło ze strony Kasy Chorych do działań, które "przyniosły i zapewniły Kasie nieuzasadnione, wymierne korzyści majątkowe".

Prezes UOKiK prezentował pogląd, że limit pacjentów, którzy mogą zostać wpisani na listę jednego lekarza rodzinnego, powinien być konkretnie określony w umowie, a jego przekroczenie powinno być sankcjonowane w inny sposób, chociażby przez możliwość nałożenia kary umownej i w ostateczności rozwiązania umowy. Sąd Okręgowy przychylił się do tego stanowiska. Nie jest to jednak - w ocenie Sądu Najwyższego - stanowisko możliwe do bezkrytycznego zaaprobowania.

Limit pacjentów poddanych opiece zdrowotnej jednego lekarza rodzinnego został ustalony jednakowo dla wszystkich umów. Wynosił on w każdym przypadku 2.500 ubezpieczonych przypisanych do jednego lekarza rodzinnego. Indywidualne określenie tego limitu w poszczególnych umowach ze świadczeniodawcami było oczywiście możliwe, ale również nie rozwiązywałoby sprawy z punktu widzenia określenia warunków odpłatności za świadczenia zdrowotne (systemu rozliczeń z lekarzami rodzinnymi), ponieważ liczba pacjentów zadeklarowanych do jednego lekarza rodzinnego zmienia się z miesiąca na miesiąc (nie tylko dlatego, że jedni pacjenci umierają a inni się rodzą, ale także dlatego, że pacjent ma prawo zmienić lekarza rodzinnego w ciągu roku, choćby w związku ze zmianą miejsca zamieszkania), a zatem również przy indywidualnym umownym określeniu limitu pacjentów mogłoby dochodzić do szczególnych sytuacji uzasadniających przekroczenie przez lekarza rodzinnego również tego indywidualnie wynegocjowanego limitu. Poza tym istota sprawy nie sprowadzała się do tego, jaki powinien być optymalnie określony limit pacjentów przypisanych do jednego lekarza rodzinnego, lecz do tego, w jaki

sposób zapewnić przestrzeganie tego limitu przez lekarzy rodzinnych w interesie pacjentów (dla ich dobra).

Również nałożenie kary umownej lub rozwiązanie umowy za przekroczenie ustalonej maksymalnej liczby podopiecznych zadeklarowanych do jednego lekarza nie rozwiązywałoby tego dylematu w sposób zdecydowanie lepszy niż metoda przyjęta przez WRKCh w umowach ze świadczeniodawcami. Propozycja zastosowania w umowie kar umownych sprowadza się bowiem do tego, że Kasa z jednej strony płaciłaby 100 % stawki kapitacyjnej także za świadczenia zdrowotne dla pacjentów ponad określony w umowie limit, a z drugiej automatycznie za tych samych pacjentów nakładałaby na świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą sankcję za naruszenie warunków umowy dotyczących tego limitu. Gdyby miało (i mogło) dojść do potrącenia nałożonej na świadczeniodawcę kary umownej z należną mu odpłatnością za świadczone usługi zdrowotne według stawki kapitacyjnej 100 %, efekt ekonomiczny byłby taki sam jak w przypadku przyjętej w umowie niepełnej odpłatności za usługi świadczone pacjentom ponad przyjęty w umowie limit. Propozycja nakładania kary umownej w razie przekroczenia limitu pacjentów prowadzi zatem - z ekonomicznego punktu widzenia - do tego samego skutku co obniżenie odpłatności za usługi świadczone pacjentom „ponadlimitowym”: czy się płaci obniżoną stawkę kapitacyjną, czy się nakłada karę umowną, efekt ekonomiczny jest ten sam - lekarz rodzinny otrzymuje mniejsze ekonomiczne korzyści. Inaczej mówiąc, możliwość nakładania kar umownych prowadziłaby do sytuacji, w której lekarz rodzinny otrzymywałby pełną stawkę kapitacyjną, ale musiałby płacić karę umowną Kasie Chorych, a zatem również przy takim rozwiązaniu ciężar finansowy opieki zdrowotnej byłby przerzucany w pewnym stopniu na lekarzy rodzinnych, ponieważ Kasa Chorych „odnosiłaby korzyści finansowe” - tym razem z wpływu kar umownych.

Z kolei sankcja odstąpienia od umowy (albo natychmiastowego jej wypowiedzenia) oznaczałaby rozwiązanie umowy na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych należących do kompetencji lekarza rodzinnego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czyli natychmiastowe pozbawienie ubezpieczonych pacjentów opieki wybranego przez nich lekarza rodzinnego.

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że rozwiązanie przyjęte przez WRKCh w umowach ze świadczeniodawcami dotyczące warunków (zasad) odpłatności za świadczenia lekarzy rodzinnych, zwłaszcza za świadczenia obejmujące pacjentów „ponadlimitowych”, nie może być jednoznacznie ocenione jako naduży-

wanie pozycji dominującej przez narzucanie uciążliwych warunków umów przynoszących nieuzasadnione korzyści przedsiębiorcy. System rozliczeń przyjęty przez WRKCh powinien być oceniany przede wszystkim z punktu widzenia dobra pacjentów. Konkurencja jest bowiem chroniona przede wszystkim ze względu na ochronę interesu konsumentów. To konsumenci są ostatecznymi beneficjentami tej ochrony. W przypadku świadczeń zdrowotnych konsumentami są pacjenci i ich dobro powinno być uwzględniane w pierwszej kolejności przy ocenie, czy w działaniach Kasy Chorych można się doszukać przesłanek z art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. System rozliczeń za świadczone przez lekarzy rodzinnych usługi zdrowotne przyjęty w umowach ze świadczeniodawcami powinien zatem uwzględniać z jednej strony dobro ubezpieczonego - przez zapewnienie mu rzeczywistej dostępności do wybranego lekarza rodzinnego, z drugiej strony interes lekarza - przez zapewnienie mu możliwości uzyskania godziwej odpłatności także za świadczenia na rzecz pacjentów ponad określony w umowie limit. Najważniejsza jednak jest ochrona interesów pacjentów, którzy powinni mieć zagwarantowane prawo dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej na optymalnych warunkach i zasadach. Umownie określony limit pacjentów poddanych opiece jednego lekarza rodzinnego miał być instrumentem gwarantującym dostęp do lekarza rodzinnego, a tym samym właściwą opiekę zdrowotną. Przyjęty system odpłatności (niepełna odpłatność albo jej brak w razie przekroczenia limitu) miał zapewnić respektowanie przyjętych ograniczeń liczby pacjentów, którzy mogli być poddani opiece zdrowotnej jednego lekarza rodzinnego, a przez to realizację założonego celu - dostępności do lekarza rodzinnego. Uciążliwość warunków umowy musi być oceniana w kontekście celu, jakiemu miały służyć zakwestionowane przez Prezesa UOKiK postanowienia umowne. Przestrzeganie limitu pacjentów mogło być zapewnione w różny sposób. Limit mógł być sztywno narzucony przez Kasę Chorych (łącznie z sankcjami umownymi za jego naruszenie, na przykład w postaci kary umownej) albo jedynie zalecony (zalecenie oznacza w tym przypadku, że lekarz może przyjąć - zgodnie z zasadami etyki zawodowej - większą ilość pacjentów i nie będzie to traktowane jako naruszenie umowy z Kasą Chorych, jednak nie otrzyma za świadczone na ich rzecz usługi zdrowotne pełnej refundacji w postaci 100 % stawki kapitałowej), limit mógł być obwarowany karą umowną (jak sugerował w swojej decyzji Prezes UOKiK i co zaaprobował Sąd Okręgowy) albo zmniejszeniem odpłatności za świadczenia na rzecz „ponadlimito-

wych” pacjentów. Wybór metody musiał uwzględniać założony cel umownej regulacji.

Nie bardzo wiadomo - bo z lakonicznego uzasadnienia Sądu Okręgowego w tym przedmiocie to nie wynika - na jakich okolicznościach i przesłankach oparł Sąd swoją ocenę co do tego, że przyjęcie w umowach ze świadczeniodawcami, iż nie będą w ogóle opłacane lub będą opłacane w ograniczonym zakresie usługi zdrowotne dla pacjentów „ponadlimitowych” w sytuacji, gdy powszechnie znane jest duże zapotrzebowanie na usługi świadczone przez lekarzy rodzinnych, więc przyjmowanie dodatkowych pacjentów będzie miało miejsce, stanowi działanie, które przynosi i zapewnia Kasie Chorych nieuzasadnione, wymierne korzyści majątkowe. W zaskarżonym wyroku nie zostało bowiem wyjaśnione, na czym miały polegać owe korzyści. Zastosowanych instrumentów ekonomicznych, mających gwarantować realizację założonego celu, nie powinno się automatycznie utożsamiać z nieuzasadnionymi korzyściami. Jeżeli nawet w wyniku dokonanych ustaleń należałoby dojść do wniosku, że Kasa Chorych odnosiła korzyści majątkowe - ponieważ nie ponosiła pełnej odpłatności za faktyczne świadczenia zdrowotne na rzecz ubezpieczonych - to stwierdzenie, że zastosowane przez Kasę Chorych warunki umowne nie były uciążliwe w kontekście celu i przyczyn, dla których wprowadzono pewne ograniczenia (limity pacjentów i sankcje ekonomiczne za ich niestosowanie), wykluczałoby ocenę działań WRKCh według przesłanek z art. 8 ust. 2 pkt 6 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Sąd nie ustalił także i nie rozważył, czy istniała możliwość indywidualnego negocjowania warunków umów w chwili ich zawierania - nie w kierunku zwiększenia limitu pacjentów, ten bowiem był wspólny dla wszystkich świadczeniodawców, lecz w kierunku przyjęcia pełnej stawki kapitacyjnej za usługi świadczone ponad ten limit, gdy było wiadomo, że w szczególnych okolicznościach (np. w małej miejscowości, w której jest tylko jeden lekarz rodzinny i nie można zatrudnić dodatkowego lekarza do pomocy, albo jest nawet kilku lekarzy rodzinnych, lecz z góry wiadomo, że do każdego z nich będzie musiała być przypisana większa niż przyjęty limit liczba pacjentów) nie da się uniknąć „ponadlimitowych” pacjentów przypisanych do jednego lekarza rodzinnego. Stąd przypisanie skarżącej narzucania uciążliwych warunków umów jest co najmniej przedwczesne.

Biorąc powyższe pod rozwagę, Sąd Najwyższy orzekł jak w sentencji.

=====