

Godziny urzędowania	Informacja w Sprawach	Czytelnia Akt	Biuro Podawcze
	Pn.- Pt. 8 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	Pn.- Pt. 8 ⁰⁰ - 15 ³⁰	Pn.- Pt. 8 ⁰⁰ -16 ⁰⁰
Telefon	22 553 70 70	Wydz. I - IV, VII ul. Jasna 2/4 22 553 78 21, 22 553 78 22	
	Radom 48 368 99 08	Wydz. V i VI ul. J. Pankiewicza 4 22 553 70 37	
Email	informacja@warszawa.wsa.gov.pl	czytelnia@warszawa.wsa.gov.pl	
NIP 525-2283-365	REGON 015608709	Konto Bankowe Sądu 96 1010 1010 0078 1022 3100 0000	
Wynik rozprawy dostępny po zakończeniu posiedzenia Sądu, najpóźniej w dniu następnym na stronie: http://etr.warszawa.wsa.gov.pl			

Wojewódzki Sąd Administracyjny
w Warszawie
00-696 Warszawa, ul. Pankiewicza 4
WYDZIAŁ VI

Dnia 4 stycznia 2019 r.

Sygn. akt VI SA/Wa 1330/18

W odpowiedzi należy podać
sygnaturę akt sądu

R.pr. Łukasz Papier
Kancelaria Radców Prawnych Bauska
Senkowska Szczęśna i Partnerzy
ul. Mickiewicza 9 lok. U4
01-517 Warszawa

DOREĘCZENIE ODPISU WYROKU

W wykonaniu zarządzenia z dnia 7 listopada 2018 r. sekretariat Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego doręcza Panu – jako Pełnomocnikowi skarżącego – odpis wyroku z dnia 7 listopada 2018 r. wraz z uzasadnieniem.

Katarzyna Bytner
starczy referent

ODPIS

sygn. akt VI SA/Wa 1330/18



WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 listopada 2018 r.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie
w składzie następującym:

Przewodniczący	Sędzia WSA	Jakub Linkowski
Sędziowie	Sędzia WSA	Małgorzata Grzelak
	Sędzia WSA	Magdalena Maliszewska (spr.)
Protokolant	st. ref.	Katarzyna Bytner

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 7 listopada 2018 r.
sprawy ze skargi Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy ATTIS Sp. z
o.o. z siedzibą w Warszawie
na decyzję Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 24 lipca 2017 r. nr 17/2017/PSZ
w przedmiocie odmowy uwzględnienia protestu w przedmiocie kwalifikacji do
systemu szpitalnego

1. uchyla zaskarżoną decyzję;
2. zasądza od Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy ATTIS Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie kwotę 697 zł (sześćset dziewięćdziesiąt siedem złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania.



Na oryginale właściwe podpisy
Za zgodność z oryginałem

Katarzyna Bytner
starszy referent

Uzasadnienie

Decyzją z dnia 24 lipca 2017 r. Nr 17/2017/PSZ Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, działając na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 24 w związku z art. 95n ust. 9 pkt 1 oraz art. 95n ust. 16 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, po rozpatrzeniu odwołania wniesionego w dniu 18 lipca 2017 r. przez Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy ATTIS Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie (dalej jako: skarżąca) utrzymał w mocy decyzję z dnia 6 lipca 2017 r. Nr 3/2017 Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia odmawiającą uwzględnienia protestu wobec niezakwalifikowania skarżącej do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Do wydania powyższych decyzji doszło w następującym stanie prawnym i okolicznościach faktycznych.

Decyzją z dnia 6 lipca 2017 r. Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej MOW NFZ, odmówił uwzględnienia protestu wniesionego przez Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy ATTIS Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie w przedmiocie niezakwalifikowania ww. do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

W odwołaniu skarżąca spółka podniosła, iż decyzja z dnia 6 lipca 2017 r. jest „bardzo krzywdząca, niemerytoryczna i fatalna w skutkach, której konsekwencją będą zwolnienia pracowników, zerwanie wiążących umów i likwidacja szpitala.”. Nadto wskazała, iż niezakwalifikowanie jej do systemu nastąpiło pomimo, że na dzień ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, od wielu lat realizowała świadczenia opieki zdrowotnej w profilu choroby wewnętrzne (wymagane dla profilu I stopnia), chirurgia klatki piersiowej (wymagane dla profilu II stopnia oraz izba przyjęć (wymagane dla profili I - III stopnia i profilu pediatrycznego). Nadto wykonuje świadczenia z zakresu profili nie ujętych

w kryteriach kwalifikacyjnych, jednakże, w jej ocenie, istotnych dla zapewnienia właściwego dostępu do świadczeń medycznych ludności Warszawy.

Charakteryzując profil swojego działania skarżąca podała, iż jest spółką kapitałową będącą własnością Samorządu Województwa Mazowieckiego i realizuje zadania, o których mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2016 r. poz. 486 ze zm.). Dzięki istniejącej strukturze zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom Warszawy w sposób kompleksowy i skoordynowany. Należą do nich, poza leczeniem szpitalnym, podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczona w poradniach, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenie diagnostyczne kosztochłonne, leczenie stomatologiczne, profilaktyczne programy zdrowotne, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, diagnostyka laboratoryjna – cytologia, histopatologia na miejscu, diagnostyka obrazowa (usg, rtg, mammografia). Skarżąca podała również, że jest w trakcie tworzenia Zakładu (Oddziału) Onkologii Kobiecej z wykorzystaniem nowoczesnych rozwiązań redukujących koszty leczenia. Przewidywana data otwarcia Zakładu to 27 września 2017 r. Zdaniem skarżącej istotnym jest, że Patronat Honorowy nad Zakładem objęli Minister Zdrowia i Marszałek Województwa Mazowieckiego. Niezakwalifikowanie do sieci szpitali stawia pod znakiem zapytania funkcjonowanie tego pierwszego w Polsce oddziału przeznaczonego dla kobiet z chorobami nowotworowymi.

Podając dane liczbowe dotyczące rozmiaru świadczeń udzielonych mieszkańcom poszczególnych dzielnic Warszawy, skarżąca wskazała, iż potwierdzają one doświadczenie oraz potencjał wynikające z jej niemal 50-letniego funkcjonowania w polskim systemie opieki zdrowotnej. Podkreśliła, że Szpital Centrum ATTIS pełni podstawową rolę dla zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i posiada umowy z NFZ zawierane na okres ostatnich 14 lat, a wcześniej z Mazowiecką Kasą Chorych od początku jej istnienia, co potwierdza istotną rolę, jaką pełni w tym systemie. Skarżąca podkreśliła, iż dalsze funkcjonowanie Szpitala w ramach PSZ jest niezbędne przede wszystkim dla zachowania ciągłości udzielanych świadczeń i właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego, głównie dla mieszkańców Dzielnicy Wola i Bemowo. W jej ocenie, wpisanie szpitala Centrum ATTIS na listę PSZ w dotychczasowym pełnym zakresie działalności, z uwzględnieniem nowej, planowanej działalności onkologicznej daje mu szansę

przetrwania. Dodatkowo skarżąca podniosła, iż z tytułu dotychczasowych kontraktów posiada dotychczas nieuregulowane wierzytelności wobec MOW NFZ. W przypadku nieumieszczenia jej w wykazie, należności musiałyby być zwrócone niezwłocznie.

Ponadto skarżąca przywołała przepis art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach, podnosząc, iż w jej przypadku spełniony został warunek zakwalifikowania świadczeniodawcy niespełniającego warunków kwalifikacji wskazanych w art. 95m ustawy o świadczeniach, o ile wymaga tego zabezpieczenie na terenie tego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Po rozpoznaniu ww. odwołania, Prezes Funduszu wydał decyzję Nr 17/2017/PSZ, w której utrzymał w mocy decyzję Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu z dnia 6 lipca 2017 r.

Organ odwoławczy stwierdził, iż zgodnie z treścią art. 95m ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach, „Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia, jeśli spełnia łącznie następujące warunki:

1) w odniesieniu do poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1-5:

a) udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1-3 i 5,

b) udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu systemu zabezpieczenia anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych), na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe - w przypadku poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 2 i 3, z zastrzeżeniem ust. 9,

c) spełnia kryteria kwalifikacji do jednego z tych poziomów określone w ust. 6 albo 7 lub 8 oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 12 pkt 1,

d) do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie następujące warunki:

- okres trwania umowy, w zakresie profili systemu zabezpieczenia kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,

- umowa, w odniesieniu do wszystkich profili systemu zabezpieczenia kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d".

Jednocześnie, stosownie do treści art. 95m ust. 5 ustawy o świadczeniach podstawowym kryterium kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczania, o którym mowa w art. 95l ust. 2, jest spełnianie warunku co do wymaganej liczby profili systemu zabezpieczenia określonego rodzaju wskazanych dla danego poziomu. Zgodnie z art. 95m ust. 6 pkt 1 w odniesieniu do świadczeniodawcy kwalifikowanego do poziomu szpitali I stopnia minimalną liczbę profili systemu zabezpieczenia stanowią dwa profile systemu zabezpieczenia spośród wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 1 tj.: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, neonatologia oraz pediatria.

Organ podkreślił, że skarżąca nie spełniła kryterium ilościowego wskazanego w art. 95m ust. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach tj. minimalnej liczby 2 profili systemu zabezpieczenia spośród tych wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 1, gdyż aktualnie udziela świadczeń w trybie hospitalizacji jedynie w zakresie chorób wewnętrznych, w związku z czym organ stwierdził, że nie mogła ona zostać zakwalifikowana do poziomu szpitali I stopnia w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Organ wskazał równocześnie, że zgodnie z treścią art. 95m ust. 7 pkt 1 ustawy o świadczeniach, w przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jako kryterium kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 ustawy o świadczeniach, może zostać ustalona mniejsza liczba profili systemu zabezpieczenia, w stosunku do liczby profili systemu zabezpieczenia wskazanej w art. 95l ust. 6 ustawy o świadczeniach, nie mniejsza jednak niż dla poziomów określonych w art. 95l ust. 2 pkt 1-3 ustawy o świadczeniach - jeden profil systemu zabezpieczenia charakteryzujący dany poziom. Przywołał treść art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, w którym ustawodawca wskazał, że minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, m.in.: szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia. Aktem wykonawczym w tym zakresie jest rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji.

Treść § 2 ust. 4-5 i ust. 7 rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji obejmuje wskazanie profili, które mogą być uwzględniane przy kwalifikacji, gdzie jako kryterium kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 ustawy o świadczeniach, może zostać ustalona mniejsza liczba profili systemu zabezpieczenia, w stosunku do liczby profili systemu zabezpieczenia wskazanej w art. 95l ust. 6 ustawy o świadczeniach.

Zgodnie z § 7 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji do poziomu szpitali I stopnia kwalifikuje się świadczeniodawcę, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu systemu zabezpieczenia choroby wewnętrzne i jednocześnie:

- jest jedynym świadczeniodawcą posiadającym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie świadczeń wykonywanych w ramach tego profilu, na terenie danego powiatu lub

- udział wartości świadczeń w ramach tego profilu, sfinansowanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wyniósł co najmniej 50% wartości wszystkich świadczeń sfinansowanych na podstawie tej umowy, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego.

Tak więc, organ wskazał, że w sytuacji, w której skarżąca nie jest jedynym świadczeniodawcą posiadającym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie choroby wewnętrzne na terenie powiatu m. st. Warszawa, a udział wartości świadczeń w ramach profilu choroby wewnętrzne, sfinansowanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyniósł mniej niż 50% wartości wszystkich świadczeń sfinansowanych na podstawie tej umowy, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, stwierdzić należy, że nie zachodzą przesłanki do zakwalifikowania jej do poziomu szpitali I stopnia w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z § 2 ust. 7 pkt 2 lit. a oraz b rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji.

Organ przytoczył następnie treść art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którą: „W przypadku gdy wymaga tego zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym

w przepisach wydanych na podstawie art. 31 d, oraz nie spełnia pozostałych warunków kwalifikacji, o których mowa w art. 95m, może zostać zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem poziomu szpitali ogólnopolskich, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia”.

Organ wskazał, że określona w art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach kompetencja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do wystąpienia o opinię do ministra właściwego do spraw zdrowia została określona w formie uprawnienia, nie zaś w formie działania obligatoryjnego. W gestii dyrektora pozostaje ocena, czy zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wymaga zastosowania tego specjalnego trybu kwalifikacji świadczeniodawcy do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Zdaniem organu odwoławczego z dokumentacji przedmiotowej sprawy wynika, że Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadził szczegółową analizę realizacji świadczeń w 2016 r. przez Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy ATTIS Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie.

Tak więc, korzystając z uprawnienia określonego w art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach Dyrektor Mazowieckiego OW NFZ, po przeprowadzeniu analizy realizacji świadczeń w 2016 r. przez skarżącą oraz udziału świadczeń zrealizowanych przez nią na terenie powiatu m. st. Warszawa oraz województwa mazowieckiego, stwierdził, że nie ma podstaw do wystąpienia do ministra o wydanie opinii w przedmiocie odstąpienia od spełnienia warunków podstawowych i kwalifikacji skarżącej w trybie art. 95n ust. 3.

Od powyższej decyzji strona wniosła skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

Na podstawie art. 57 § 1 pkt 3 p.p.s.a. zarzuciła:

1. naruszenie przepisów postępowania, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy w postaci:

1.1. art. 7 k.p.a. w zw. z art. 77 § 1 k.p.a., art. 80 k.p.a. oraz art. 107 § 3 k.p.a. poprzez brak rzetelnego i wszechstronnego zebrania i rozpatrzenia materiału sprawy w zakresie spełnienia przesłanek wymienionych w art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

i w konsekwencji nie wpisania jej na listę systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;

1.2. art. 107 § 3 k.p.a. w zw. z art. 15 k.p.a. w zw. z art. 8 k.p.a. poprzez nieustosunkowanie się w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji do wszystkich zarzutów podniesionych w proteście, a w szczególności poprzez nie odniesienie się przez Ministra Zdrowia do zarzutów dotyczących spełnienia przesłanek wymienionych w art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co w konsekwencji doprowadziło do braku ponownego, całościowego, merytorycznego rozpoznania sprawy;

1.3. art. 138 § 1 pkt 1 k.p.a. poprzez podzielenie stanowiska organu I instancji i w konsekwencji błędne utrzymanie w mocy decyzji organu I instancji, w sytuacji gdy decyzja ta w zaskarżonym zakresie została wydana z naruszeniem przepisów prawa procesowego i prawa materialnego i jako taka pozostawała wadliwa w stopniu przesądzającym jej uchylenie i orzeczenie co do istoty sprawy;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, które miało wpływ na wynik sprawy, w postaci:

2.1. art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez podzielenie stanowiska organu I instancji i w konsekwencji błędne utrzymanie w mocy decyzji organu I instancji, w sytuacji gdy zachodzą przesłanki wymienione w ww. przepisie wpisania jej na listę systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Wobec powyższych zarzutów skarżąca wniosła:

1. na podstawie art. 145 § 1 pkt 1 lit. a i c p.p.s.a. w zw. z art. 135 p.p.s.a. - o uchylenie w całości decyzji Nr 17/2017/PSZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 lipca 2017 r. oraz uchylenie w całości poprzedzającej ją decyzji Nr 3/2017 Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lipca 2017 r., utworzonych przez Dyrektorów Finansowych Organów I i II instancji, w całości;

2. na podstawie art. 200 p.p.s.a. - o zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu skargi strona ponownie podniosła, iż zaskarżona decyzja jest dla niej bardzo krzywdząca, niemerytoryczna i fatalna w skutkach, a jej konsekwencją będą zwolnienia pracowników, zerwanie wiążących umów i likwidacja szpitala. Jej Szpital nie został zakwalifikowany do PSZ mimo, że na dzień ogłoszenia

wykazu, o którym mowa w art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, od wielu lat realizował świadczenia opieki zdrowotnej w profilu choroby wewnętrzne (wymagane dla profilu I stopnia), chirurgia klatki piersiowej (wymagane dla profilu III stopnia), kardiologia (wymagane dla profilu II stopnia), oraz izba przyjęć (wymagane dla I-III stopnia i profilu pediatrycznego). Wykonuje też świadczenia z zakresu profili, które nie były kryteriami kwalifikującymi, jednak są niezwykle istotne ze względu na zapewnienie właściwego dostępu do świadczeń dla obywateli w obszarze miasta Warszawy, a szczególnie dla mieszkańców dzielnicy Wola i Bemowo oraz dzielnic je otaczających. Są to świadczenia zdrowotne realizowane w trybie planowym: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, chirurgia ogólna, chirurgia plastyczna, diabetologia, kardiologia, okulistyka, urologia, ortopedia i traumatologia, ginekologia oraz otorynolaryngologia. Skarżąca jest spółką kapitałową która jest w 100 % własnością Samorządu Województwa Mazowieckiego i realizuje jego zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia, o których mowa w art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 486 ze zm.). Dzięki istniejącej strukturze zapewnia opiekę medyczną od podstawowej opieki zdrowotnej po rehabilitację w ramach rozbudowanej sieci przychodni połączonych funkcjonalnie ze szpitalem, działających sprawnie w ramach struktury dawnych zespołów - opieki zdrowotnej zapewniających kompleksowość udzielanych świadczeń i skoordynowaną opiekę zdrowotną.

Nadto wskazała, iż niezakwalifikowanie jej do systemu nastąpiło pomimo, że na dzień ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, od wielu lat realizowała świadczenia opieki zdrowotnej w profilu choroby wewnętrzne (wymagane dla profilu I stopnia), chirurgia klatki piersiowej (wymagane dla profilu II stopnia oraz izba przyjęć (wymagane dla profili I - III stopnia i profilu pediatrycznego). Nadto wykonuje świadczenia z zakresu profili nie ujętych w kryteriach kwalifikacyjnych, jednakże, w jej ocenie, istotnych dla zapewnienia właściwego dostępu do świadczeń medycznych ludności Warszawy.

Charakteryzując profil swojego działania skarżąca podała, iż jest spółką kapitałową będącą własnością Samorządu Województwa Mazowieckiego i realizuje zadania, o których mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2016 r. poz. 486 ze zm.). Dzięki istniejącej

strukturze zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom Warszawy, w tym w szczególności Dzielnicy Wola, w sposób kompleksowy i skoordynowany. Należą do nich, poza leczeniem szpitalnym, podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczona w poradniach, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenie diagnostyczne kosztochłonne, leczenie stomatologiczne, profilaktyczne programy zdrowotne, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, diagnostyka laboratoryjna – cytologia, histopatologia na miejscu, diagnostyka obrazowa (usg, rtg, mammografia). Skarżąca podkreśliła w szczególności, że jest w trakcie tworzenia Zakładu (Oddziału) Onkologii Kobiecej z wykorzystaniem nowoczesnych rozwiązań redukujących koszty leczenia. Powyższy projekt uzyskał pozytywną opinię Ministra Zdrowia co do celowości inwestycji nr WZ-IL960.68.4.20.2016 w zakresie utworzenia Oddziału Onkologii Kobiecej, Oddziału Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Ginekologii Onkologicznej oraz trzech dodatkowych gabinetów diagnostyczno-zabiegowych.

Przewidywana data otwarcia Zakładu to 27 września 2017 r. Zdaniem skarżącej istotnym jest, że Patronat Honorowy nad Zakładem objęli Minister Zdrowia i Marszałek Województwa Mazowieckiego. Niezakwalifikowanie do sieci szpitali stawia pod znakiem zapytania funkcjonowanie tego pierwszego w Polsce oddziału przeznaczonego dla kobiet z chorobami nowotworowymi.

Podając dane liczbowe dotyczące rozmiaru świadczeń udzielonych mieszkańcom poszczególnych dzielnic Warszawy, skarżąca wskazała, iż potwierdzają one doświadczenie oraz potencjał wynikające z jej niemal 50-letniego funkcjonowania w polskim systemie opieki zdrowotnej. Podkreśliła, że Szpital pełni podstawową rolę dla zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i posiada umowy z NFZ zawierane na okres ostatnich 14 lat, a wcześniej z Mazowiecką Kasą Chorych od początku jej istnienia, co potwierdza istotną rolę, jaką pełni w tym systemie. Skarżąca podkreśliła, iż dalsze funkcjonowanie Szpitala w ramach PSZ jest niezbędne przede wszystkim dla zachowania ciągłości udzielanych świadczeń i właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego, głównie dla mieszkańców Dzielnicy Wola i Bemowo. W jej ocenie, wpisanie Szpitala na listę PSZ w dotychczasowym pełnym zakresie działalności, z uwzględnieniem nowej, planowanej działalności onkologicznej daje mu szansę przetrwania. Dodatkowo skarżąca podniosła, iż z tytułu dotychczasowych kontraktów posiada dotychczas

nieuregulowane wierzytelności wobec MOW NFZ. W przypadku nieumieszczenia jej w wykazie, należności musiałyby być zwrócone niezwłocznie.

Skarżąca wskazała, iż przepis art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zakłada możliwość zakwalifikowania świadczeniodawcy niespełniającego warunków kwalifikacji wskazanych w art. 95m ustawy o ile wymaga tego zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W jej przekonaniu, przedstawione dane, struktura Spółki i zakres udzielanych świadczeń, ich ilość, jakość i doświadczenie jednostki oraz zapotrzebowanie pacjentów wyrażone w kolejkach oczekujących, biorąc pod uwagę specyfikę Miasta Stołecznego Warszawy i warunki dla dzielnic Wola, Bemowo oraz dzielnic ich otaczających w pełni spełniają przesłanki wpisania na listę systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Szczególnie, że w dniu 11 sierpnia 2017 r. skarżącej Mazowiecki Oddział NFZ zaproponował przedłużenie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego na okres pół roku do dnia 31 marca 2018 r. Przedłożenie aneksów 7 umów nastąpiło w oparciu o art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym, w przypadku gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy. Skarżąca poddała w tym świetle w wątpliwość prawidłowość decyzji o niezakwalifikowaniu jej do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Reasumując swoje stanowisko skarżąca stwierdziła, iż organ II Instancji przy wydawaniu zaskarżonej decyzji naruszył zarówno przepisy postępowania, które mogły mieć wpływ na wynik sprawy, jak i przepisy prawa materialnego, które miały wpływ na wynik sprawy, w stopniu kwalifikującym ją do uchylenia w zaskarżonym zakresie. Takimi samymi naruszeniami dotknięte jest rozstrzygnięcie organu I instancji.

Organ w odpowiedzi na skargę wniósł o jej oddalenie, stojąc na stanowisku, iż kompetencja dyrektora OW przewidziana w art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach ma charakter wyjątkowy i nie została sformułowana jako działanie obligatoryjne, pozostawiając w jego gestii ocenę, czy zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wymaga zastosowania tego specjalnego trybu kwalifikacji świadczeniodawcy do systemu

podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Odnosząc się do podnoszonego w uzasadnieniu skargi argumentu o przedłożeniu skarżącej przez mazowiecki oddział Narodowego Funduszu Zdrowia propozycji przedłużenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego organ stwierdził, że przedłużenie umowy na okres nie przekraczający 6 miesięcy nastąpiło na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach i nie ma to żadnego wpływu na treść zaskarżonej decyzji. W szczególności fakt ogłoszenia wykazu podmiotów zakwalifikowanych do PZS nie zamyka, zdaniem organu, drogi dyrektorowi do przedłużenia umów w powyższym trybie.

Wojewódzki Sąd Administracyjny zważył, co następuje.

Skarga zasługuje na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 3 § 1 ustawy z 30 sierpnia 2002 r. - Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (tj.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1302; dalej p.p.s.a.), sąd administracyjny sprawuje kontrolę działalności administracji publicznej i bada legalność zaskarżonego aktu administracyjnego stosownie do przepisu art. 1 § 2 ustawy z 25 lipca 2002 r. - Prawo o ustroju sądów administracyjnych (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 2188 ze zm.), nie będąc w sprawowaniu tej kontroli związany granicami skargi - zarzutami, wnioskami oraz powołaną podstawą prawną (art. 134 § 1 p.p.s.a.). Z wymienionych przepisów wynika, iż sąd bada legalność zaskarżonej decyzji pod kątem jej zgodności z prawem materialnym, określającym prawa i obowiązki stron oraz z prawem procesowym, określającym formy działania organów administracji publicznej.

Na wstępie należy zaznaczyć, iż w niniejszej sprawie nie ulega wątpliwości kognicja wojewódzkiego sądu administracyjnego. Kwestię powyższą przesądził w wiążący sposób (art. 190 p.p.s.a.) Naczelny Sąd Administracyjny w postanowieniu z dnia 27 czerwca 2018 r. (sygn. akt: II GSK 1116/18), stwierdzając, że skoro mamy do czynienia z jednostronnym rozstrzygnięciem organu administracji państwowej o wiążących konsekwencjach obowiązującej normy prawnej dla indywidualnego oznaczonego podmiotu i konkretnej sprawy, podjętego przez organ w sferze stosunków zewnętrznych, to rozstrzygnięcie takie odpowiada cechom decyzji administracyjnej.

Skoro tak, to konsekwencją jest wynikający z treści art. 190 p.p.s.a. obowiązek Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie zastosowania się do ww. wykładni prawa procesowego dokonanego przez Naczelny Sąd Administracyjny i dokonanie merytorycznej oceny zapadłych w sprawie rozstrzygnięć - decyzji administracyjnych.

Tak więc, należy zaznaczyć, że do postępowania uregulowanego w art. 95n ust. 7 ustawy o świadczeniach („Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protestu, decyzję c: 1) uwzględnieniu protestu oraz: a) zakwalifikowaniu świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia lub b) zmianie kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu zabezpieczenia, lub c) zmianie wskazania profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, albo 2) odmowie uwzględnienia protestu”) jak również w art. 95 n ust. 9 ww. ustawy („Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, i wydaje decyzję, w której: 1) utrzymuje w mocy zaskarżona decyzja w całości albo w części i przekazuje ją do ponownego rozpatrzenia przez dyrektora oddziału Funduszu, albo 3) umarza postępowanie odwoławcze.”), w myśl pkt 2) ust. 16 wskazanego artykułu - Kodeks postępowania administracyjnego nie ma zastosowania.

Przepis ten stanowi bowiem, iż do postępowania, o którym mowa w:

- 1) ust. 1-4, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego;
- 2) ust. 5-10 i 12-14, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz stwierdzania nieważności.

Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017.844 dalej: ustawa zmieniająca) w art. 2 przewiduje, że „Tworzy się system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zwany dalej „systemem zabezpieczenia”. W myśl art. 2 ust. 4 i 5 ww. przepisu: „Działając na podstawie przepisów ust. 2 i 3 oraz 6, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia sporządza i ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego

Funduszu Zdrowia pierwszy wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, obejmujący wskazanie:

1) świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa;

2) dla każdego ze świadczeniodawców, o których mowa w pkt 1, wszystkich profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zakresów lub rodzajów, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia, zgodnie z art. 95m ust. 3 pkt 1 i 2 lit. b i c, ust. 10 i 11 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 95m ust. 12 pkt 2 i 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą”.

„Wykaz, o którym mowa w ust. 4, ogłasza się dla terenu danego województwa w terminie do dnia 27 czerwca 2017 r. Wykaz obowiązuje od dnia 1 października 2017 r. do dnia 30 czerwca 2021 r.”.

Wprowadzony do ustawy o świadczeniach na mocy przepisów ustawy zmieniającej Dział IVB zatytułowany: „System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej” powstał w celu zapewnienia świadczeniobiorcom dostępu 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 (art. 95l ust. 1 ustawy o świadczeniach, po nowelizacji). Przepisy art. 95 l i m zawierają ścisłe wskazówki dotyczące zakwalifikowania danego świadczeniodawcy do systemu (PSZ), na okres 4 lat, w zakresie zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego dla danego województwa, przy czym kwalifikacja ta obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do danego poziomu zabezpieczenia. Podstawowym kryterium kwalifikacji jest spełnianie warunku co do wymaganej liczby profili systemu zabezpieczenia określonego rodzaju wskazanych dla danego poziomu (art. 95m ust. 5 w zw. z art. 95l ustawy o świadczeniach). Od powyższej zasady ustawa przewiduje wyjątki.

Jak wynika z przepisów znowelizowanej ustawy o świadczeniach, umieszczenie szpitala w wykazie oznacza dla niego gwarancję zawarcia umowy z NFZ, a także

przyznanie stosownych funduszy na działalność w formie ryczałtu. Ponadto, z informacji zawartych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, wynika również, że na funkcjonowanie tego systemu będzie przeznaczonych ok. 93% środków, z których obecnie jest finansowane leczenie szpitalne. Zakwalifikowanie szpitala do sieci zapewnia więc danemu podmiotowi zawarcie umowy z Funduszem - bez konieczności uczestniczenia w postępowaniu konkursowym, o którym mowa w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na treść art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach, stanowiący podstawę ubiegania się skarżącej spółki o umieszczenie w ww. wykazie.

Zgodnie z przywołanym przepisem, „W przypadku gdy wymaga tego zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca, który w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 3 *Id*, oraz nie spełnia pozostałych warunków kwalifikacji, o których mowa w art. 95m, może zostać zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem poziomu szpitali ogólnopolskich, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia”.

Zdaniem organu, określona w art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach kompetencja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do wystąpienia o opinię do ministra właściwego do spraw zdrowia została określona w formie uprawnienia, nie zaś w formie działania obligatoryjnego. Innymi słowy, do wyłącznej gestii dyrektora należy ocena, czy zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest na tyle prawidłowe, że nie wymaga zastosowania powyższego trybu kwalifikacji świadczeniodawcy do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

W ocenie Sądu, stanowisko oraz sposób odniesienia się Prezesa NFZ do powyższej kwestii są nieprawidłowe. Przede wszystkim, mając na uwadze treść postanowienia Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 czerwca 2018 r. (jak była już o tym mowa powyżej - wiążące dla Sądu w myśl art. 190 p.p.s.a.), nie sposób przyjąć, aby ustawodawca, kreując uprawnienie po stronie dyrektorów OW NFZ, wyłączył je spod jakiejkolwiek kontroli - tak opinii publicznej, jak i sądów

administracyjnych. Taka zaś sytuacja zachodziłaby, gdyby przyjąć rozumowanie organu II instancji zakładające istnienie po stronie dyrektorów OW NFZ swoistej prerogatywy w zakresie stosowania powyższej normy prawnej, nie wymagającej żadnego wyjaśnienia przesłanek, jakimi kierował się organ.

Wprawdzie - o czym była już również mowa na wstępie niniejszych rozważań - do postępowań w przedmiocie odmowy uwzględnienia protestu w sprawie kwalifikacji do właściwego poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie mają (co do zasady) zastosowania przepisy kodeksu postępowania administracyjnego (k.p.a.), jednakże zdaniem Sądu, nie oznacza to całkowitej dowolności w podejmowaniu, jak również w uzasadnieniu wydanych w tych sprawach decyzji. Podkreślenia wymaga, iż zawierają one rozstrzygnięcie kwestii istotnej z punktu widzenia polityki zdrowotnej oraz dysponowania środkami publicznymi. Kontrola ze strony sądów administracyjnych musi być wobec tego możliwa nie tylko na płaszczyźnie *stricte* formalnej, ale również merytorycznej. Podstawowym wymogiem, jaki winno zatem spełniać uzasadnienie decyzji zapadłej w ww. przedmiocie jest jasność wyводу i zindywidualizowanie do okoliczności dotyczących danego podmiotu oraz podnoszonej przez dany podmiot argumentacji wykazującej spełnienie warunków włączenia go do systemu.

W niniejszej sprawie skarżąca podnosiła przede wszystkim, iż w ramach prowadzonego Szpitala zamierza otworzyć Zakład Onkologii sprofilowany na nowotwory kobiet, odpowiadając na zapotrzebowanie w tej mierze ze strony mieszkańców (mieszkanek) Warszawy. Przywoływała w tej mierze zapewnienia o takim zapotrzebowaniu, wyrażane zarówno przez Ministra Zdrowia (pozytywna opinia Ministra Zdrowia co do celowości inwestycji nr WZ-IL960.68.4.20.2016 w zakresie utworzenia Oddziału Onkologii Kobiecej, Oddziału Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Ginekologii Onkologicznej oraz trzech dodatkowych gabinetów diagnostyczno-zabiegowych) oraz fakt objęcia Honorowego Patronatu nad inwestycją ze strony Ministra Zdrowia i Marszałka Województwa Mazowieckiego.

Jak podnosiła skarżąca, niezakwalifikowanie do sieci szpitali - wbrew zapewnieniom ze strony powyższych podmiotów prawa publicznego o jego niezbędności dla zabezpieczenia na terenie województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej - stawia pod znakiem zapytania funkcjonowanie pierwszego w Polsce oddziału przeznaczonego dla kobiet z chorobami nowotworowymi.

Podając dane liczbowe dotyczące rozmiaru świadczeń udzielonych mieszkańcom Warszawy, skarżąca wskazała, iż potwierdzają one doświadczenie oraz potencjał wynikające z jej niemal 50-letniego funkcjonowania w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Podkreśliła, że posiada umowy z NFZ zawierane na okres ostatnich 14 lat, a wcześniej z Mazowiecką Kasą Chorych od początku jej istnienia, co potwierdza istotną rolę, jaką pełni w tym systemie. Podniosła, iż dalsze funkcjonowanie Szpitala w ramach PSZ jest niezbędne z uwagi na konieczność zachowania ciągłości udzielanych świadczeń i właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego, głównie dla mieszkańców Dzielnicy Wola i Bemowo. W jej ocenie, wpisanie Szpitala na listę PSZ w dotychczasowym pełnym zakresie działalności, z uwzględnieniem nowej, planowanej działalności onkologicznej, daje mu szansę przetrwania. Dodatkowo skarżąca podniosła, iż z tytułu dotychczasowych kontraktów posiada dotychczas nieuregulowane wierzytelności wobec MOW NFZ. W przypadku nieumieszczenia jej w wykazie, należności musiałyby być zwrócone niezwłocznie.

Powyższe argumenty, zdaniem Sądu, wymagają stosownej analizy i odniesienia się do nich w uzasadnieniu decyzji administracyjnej.

Temu zadaniu organ, w ocenie Sądu, nie sprostał, czego przyczyny można upatrywać w wadliwym zapatrywaniu na charakter praw i obowiązków organu na tle stosowania art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach. Gros uzasadnienia poświęcił kwestii nie spełnienia przez skarżącą tzw. kryterium ilościowego wskazanego w art. 95m ust. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach (minimalnej liczby 2 profili systemu zabezpieczenia). Reasumując swoje stanowisko organ wskazał, że w związku z faktem, że skarżąca nie jest jedynym świadczeniodawcą na terenie powiatu m.st. Warszawa, a udział wartości świadczeń w ramach profilu choroby wewnętrzne, sfinansowanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyrósł mniej niż 50% wartości wszystkich świadczeń sfinansowanych na podstawie tej umowy, za okres pełnego roku do poziomu szpitali I stopnia w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie § 2 ust. 7 pkt 2 lit. a oraz b rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji. kalendarzowego, stwierdzić należy, że nie zachodzą przesłanki do kwalifikacji skarżącej do poziomu szpitali I stopnia w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na

podstawie § 1 ust. 7 pkt 2 lit. a oraz b rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów kwalifikacji.

Podkreślenia jednak wymaga, że skarżąca nie kwestionowała okoliczności nie spełniania wszystkich warunków przewidzianych do kwalifikacji do systemu zabezpieczenia w trybie zwykłym, czemu dała wyraz ubiegając się o włączenie do systemu zabezpieczenia na podstawie art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach. Tryb obrany przez nią przeznaczony jest bowiem dla podmiotów, które w dniu ogłoszenia wykazu posiadały umowę dotyczącą udzielania świadczeń wydaną na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach (sprzed nowelizacji), a które nie spełniają pozostałych warunków, o których mowa w art. 95m tej ustawy (po nowelizacji).

W odniesieniu do niezastosowania art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach w stosunku do skarżącej organ wskazał jedynie na przyznaną przez ustawodawcę pełną dowolność działania, z czym, w ocenie Sądu, nie sposób się zgodzić.

Priorytetem w działaniu organu winna być, leżąca w interesie społecznym, transparentność w dysponowaniu środkami publicznymi, zwłaszcza w tak istotnej dziedzinie, jaką jest zapewnienie równego dostępu do profesjonalnie świadczonych usług w zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych obywateli.

Przy ponownym rozpatrywaniu sprawy zadaniem organu będzie zatem przede wszystkim wyjaśnienie treści (wykładnia) pojęcia niedookreślonego „zabezpieczenia (...) właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej”. Brak wyjaśnienia sposobu rozumienia tego pojęcia przez organ czyni decyzję wyjętą spod możliwości dokonania prawidłowej kontroli ze strony sądów administracyjnych. Organ podda ponadto analizie wszelkie twierdzenia strony zmierzające do wykazania, iż nie jest możliwe prawidłowe zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ze strony mieszkańców woj. mazowieckiego bez umieszczenia skarżącej w wykazie, o którym mowa w art. 2 ust. 4 ustawy zmieniającej. Należy przy tym mieć na uwadze treść art. 68 ust. 2 Konstytucji RP przewidujący zasadę równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Zdaniem Sądu, wykładnia przepisu prawa materialnego powinna zakładać konieczność wypełnienia zawartej w powyższym przepisie dyrektywy.

Zaznaczenia wymaga, iż w myśl art. 145 § 1 pkt 1 lit. c) p.p.s.a. naruszenie prawa materialnego mające wpływ na treść rozstrzygnięcia uzasadnia eliminację zaskarżonej decyzji z obrętu prawnego. W niniejszej sprawie organ odwoławczy niezasadnie akceptując brak rozważenia przez Dyrektora Mazowieckiego Oddziału

Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przesłanek stosowania art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach, w szczególności zaś nie dokonanie wykładni pojęcia niedookreślonego zawartego w tym przepisie, niezasadnie utrzymał ją w mocy.

Tak więc, organ raz jeszcze zbada spełnienie przez skarżącego przesłanek uzasadniających zastosowanie wobec niej przepisu art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach.

Jeżeli stwierdzi fakt spełnienia przesłanek podmiotowych zastosowania ww. trybu wobec skarżącej, uznając argumenty strony za wymagające odniesienia w szerszej perspektywie, organ skorzysta z możliwości przewidzianej w ust. 3 art. 95n (in fine) ustawy o świadczeniach i przed wydaniem decyzji, zasięgnie opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

Z uwagi na powyższe, na podstawie art. 145 § 1 pkt 1 lit. a) p.p.s.a. Sąd orzekł jak w sentencji, o kosztach rozstrzygając na podstawie art. 200 p.p.s.a.



Na oryginale właściwe podpisy
Za zgodność z oryginałem

Katarzyna Bytner
starszy referent