



Sygn. akt I CSK 187/11

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 stycznia 2012 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Jan Górowski (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Mirosław Bączyk

SSN Marta Romańska

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala

Psychiatrycznego im.[...]. w Ż.

przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia – P. Oddziałowi Wojewódzkiemu

z udziałem interwenienta ubocznego Skarbu Państwa - Ministra Zdrowia

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 20 stycznia 2012 r.,

skarg kasacyjnych strony pozwanej i interwenienta ubocznego

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 10 listopada 2010 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi  
Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania i orzeczenia o  
kosztach postępowania kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Powód - Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. [...] w Ż., w pozwie skierowanym przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia, domagał się zasądzenia kwoty 153 804,45 zł wraz z ustawowymi odsetkami. Podniósł, między innymi, że odmowa wypłaty przez pozwanego różnicy w koszcie udzielonych świadczeń wynikającej z obowiązkowej podwyżki wynagrodzenia oznacza, że szpital poniesie z tego tytułu stratę. Szpital zmuszony był pokryć ze środków własnych wysokość różnicy pomiędzy faktycznym kosztem świadczenia a kosztem uznanym przez pozwanego, co bezpośrednio wywarło wpływ na jego ujemny wynik finansowy.

Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 24 marca 2010 r. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 153 804,45 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 7 maja 2009 r. do dnia zapłaty. Ustalił, że powód w dniu 26 listopada 2006 r. zawarł z pozwanym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - nr 0901004304200700, której przedmiotem było udzielanie w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2007 r. świadczeń opieki zdrowotnej określonych w załączniku nr 1 do tej umowy. Zobowiązanie oddziału Funduszu zostało ustalone na kwotę 9 362 232,42 zł, a liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych określono w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik do umowy. W § 4 ust. 4 umowy postanowiono, że kwota zobowiązania z ust. 1 zawiera w sobie kwotę stanowiącą realizację art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz.U. Nr 149, poz. 1076 ze zm., dalej: „ustawa”), w wysokości 1 605 581,42 zł.

Strony związane były podobną umową także w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2008 r. W § 5 ust. 1 tej umowy strony ustaliły maksymalną kwotę zobowiązania Funduszu na 9 532 389,42 zł, określając jednocześnie w ust. 8 umowy, że kwota ta zawiera w sobie kwotę przeznaczoną na wzrost wynagrodzeń w roku 2008 zgodnie z postanowieniami rozdziału 3 ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, w wysokości

1 605 581,42 zł. Analogicznie jak w poprzedniej umowie strony uzgodniły, że środki na podwyżki będą przekazywane w równych miesięcznych ratach do 5-tego dnia każdego miesiąca. Do umowy zawierane były aneksy, między innymi aneks nr 2 z dnia 29 lutego 2008 r. na mocy którego zwiększono kwotę zobowiązania Funduszu, ustaloną w § 5 ust. 1 umowy, do kwoty 9 789 634,42 zł oraz aneks nr 3 z tego samego dnia zwiększający kwotę zobowiązania pozwanego do sumy 11 899 634,42 zł. Kolejnym aneksem z dnia 31 lipca 2008 r. strony zmieniły warunki finansowania świadczeń w ten sposób, że zwiększyły kwotę zobowiązania Funduszu do sumy 11 930 166,92 zł. W dniu 2 stycznia 2009 r. strony zawarły kolejny aneks do umowy celem dostosowania ilości świadczeń określonych w umowie do rzeczywistego wykonania w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2008 r. ustalając ostatecznie kwotę zobowiązania pozwanego na 11 874 103,92 zł.

W ramach zawartej umowy, świadczenia opieki zdrowotnej powód realizował także na rzecz osób nieubezpieczonych, o jakich mowa w art. 12 pkt 2-4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, dalej: „ustawa o świadczeniach”). Świadczenia te były realizowane także w 2006 roku.

Powód wystawił pozwanemu faktury za wykonane w listopadzie i grudniu 2007 r. świadczenia na kwotę 61 521,78 zł oraz za wykonane w okresie od dnia 1 stycznia 2008 r. do dnia 31 marca 2008 r. świadczenia na kwotę 92 282,67 zł. Kwoty te stanowiły różnicę pomiędzy faktycznie poniesionymi kosztami przez powoda a kwotą uznaną przez pozwanego i następnie wypłaconą. W odpowiedzi na wezwanie do zapłaty wymienionych faktur pozwany oświadczył, że zawarta w § 4 ust. 4 umowy kwota na podwyżki wynagrodzeń w wysokości 1 605 581,42 zł została naliczona przez pozwanego jako realizacja postanowień art. 3 ustawy i stąd żądanie zapłaty ponad wskazaną tam kwotę nie znajduje podstaw prawnych.

Sąd Okręgowy wskazał, że wobec nie wypowiedzenia się przez pozwanego co do prawidłowości wyliczenia przez powoda dochodzonych w pozwie kwot, mając na względzie wynik całej rozprawy, uznaje tę okoliczność za przyznaną, stosownie do unormowania zawartego w art. 230 k.p.c.

Sąd pierwszej instancji podniósł także, że zgodnie z art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej określa między innymi kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. Kwota ta zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy, w umowach na rok 2006, w okresie od dnia 1 października 2006 r. do 31 grudnia 2006 r., wzrasta, z mocy prawa, o równowartość 7,5% kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej. W 2007 r. wzrasta, z mocy prawa, o równowartość 30 % kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej w stosunku do podwojonej kwoty zobowiązania, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach w umowach zawartych na rok 2006 za okres pierwszego półrocza 2006 r. według stanu na dzień 30 czerwca 2006 r. Ustęp drugi tego przepisu stanowi, że koszty pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej stanowią iloczyn kwoty zobowiązania, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach, i odpowiedniego wskaźnika określonego w załączniku do ustawy. Z kolei zaś ust. 3 ustawy stanowi, że w umowach na rok 2007 zawartych ze świadczeniodawcami, o których mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach, kapitacyjna stawka roczna określona w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 10 ustawy o świadczeniach, wzrasta, z mocy prawa, w stosunku do stawki kapitacyjnej obowiązującej w umowie zawartej na rok 2005, o równowartość iloczynu średniej stawki kapitacyjnej w skali kraju obliczonej na podstawie umów zawartych przez Fundusz na rok 2005, o której mowa w ust. 4, oraz 30 % wskaźnika określonego w pkt 1 załącznika do ustawy.

Sąd Okręgowy podkreślił również, że powód w omawianym okresie wykonywał świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz osób nieubezpieczonych, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 12 pkt 2 i 3 ustawy o świadczeniach. Przepisy tej ustawy stanowią, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom, innym niż ubezpieczeni, są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej, a podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są : właściwi ministrowie lub Fundusz. Sposób i wysokość finansowania tych świadczeń został sprecyzowany w aktach wykonawczych. Z uwagi na fakt, że przedmiot żądania w rozpoznawanej sprawie dotyczy zapłaty za okres od listopada 2007 r. do marca

2008 r. sposób finansowania udzielonych świadczeń należało oceniać według obowiązujących w tym okresie aktów wykonawczych. Okres od listopada 2007 r. do dnia 28 lutego 2008 r. na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz.U. Nr 281, poz. 2789), natomiast okres od 29 lutego 2008 r. do 31 marca 2008 r. na gruncie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 34, poz. 198). W świetle treści § 3 ust. 4 pkt 7 rozporządzenia z dnia 20 grudnia 2004 r. i § 6 ust. 4 pkt 11 rozporządzenia z dnia 19 lutego 2008 r. cena za świadczenia udzielone osobom nieubezpieczonym kształtowała się jednak w sposób identyczny jak cena za świadczenia udzielone w ramach zawartej umowy z Funduszem i określała ją stawka ustalona w tej umowie. W związku z tym podniósł, że skoro na cenę świadczenia, zgodnie z postanowieniami umowy, składały się także środki na podwyżki dla pracowników, przewidziane ustawą o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. to należało przyjąć, że na cenę świadczeń udzielonych osobom nieubezpieczonym także składają się środki związane z obligatoryjną podwyżką wynagrodzeń.

Jego zdaniem bez wpływu na tę ocenę pozostaje fakt, że środki na podwyżki były przez pozwanego przekazywane jako środki wyodrębnione. Okoliczność ta nie zmienia faktu, że na ogólny koszt świadczenia składały się koszty wynagrodzeń osób udzielających tych świadczeń. W szczególności żaden przepis w tym zakresie nie daje podstaw do przyjęcia odmiennej kalkulacji kosztów świadczeń udzielanych na podstawie art. 12 pkt 2 i 3 ustawy o świadczeniach. Brak takiej podstawy przede wszystkim także w zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 197, poz. 1643). Paragraf 15 ust. 6 tego aktu odsyła do przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 164, poz. 1194), zgodnie z którymi, ewidencją kosztów w zakładzie opieki obejmuje się wszystkie koszty ponoszone przez zakład,

z uwzględnieniem rodzajów kosztów oraz ośrodków kosztów w układzie podmiotowo-przedmiotowym. Ewidencja kosztów według kryterium rodzajowego obejmuje między innymi zużycie materiałów, zużycie energii, usługi obce, podatki i opłaty, wynagrodzenia, w tym wynagrodzenia ze stosunku pracy i wynagrodzenia z umów zleceń i o dzieło, a także świadczenia na rzecz pracowników, w tym składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, fundusz pracy, odpisy na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych. W świetle tych przepisów należało, zdaniem Sądu Okręgowego, uznać za zasadne powiększenie kwoty zobowiązania pozwanego przyjętej w zawartych na rok 2007 i 2008 umowach o kwoty podwyżek w wysokości i na zasadach przewidzianych ustawą o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń także w odniesieniu do świadczeń udzielonych na podstawie art. 12 pkt 2-4 ustawy o świadczeniach. Za przyjęciem takiej koncepcji jego zdaniem przemawiała również okoliczność, że ten wzrost wynagrodzeń, zwiększał kwoty zobowiązania Funduszu z mocy samego prawa, a zatem niezależnie od późniejszych porozumień wynikających z aneksowania umów. W konsekwencji uznał, że skoro źródłem zobowiązania Funduszu w zakresie środków na wzrost wynagrodzeń była ustawa, a nie stosunek obligacyjny, to należało uznać pierwszeństwo zapisów ustawy nad postanowieniami umownymi.

Sąd Okręgowy odwołał się także do stanowiska Ministerstwa Zdrowia, wyrażonego w komunikacie z dnia 24 stycznia 2008 r. i zamieszczonego na stronie internetowej, zgodnie z którym zobowiązanym do sfinansowania kosztów świadczeń udzielonych osobom nieubezpieczonym na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 3 i art. 12 pkt 2-4 ustawy o świadczeniach, w okresie do końca 2007 r. a nie sfinansowanych przez Biuro Rozliczeń Międzynarodowych, jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W komunikacie tym zawarto także instrukcję, stosownie do której w fakturach świadczeniodawcy powinni wskazywać jako nabywcę Fundusz i kierować żądanie zapłaty do właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Odnosząc się do zarzutów pozwanego poddających w wątpliwość wysokość żądanej kwoty, Sąd Okręgowy stwierdził, że pozwany jako wyspecjalizowana instytucja dysponująca odpowiednimi służbami, miał możliwość zweryfikowania przedstawionego przez powoda wyliczenia kosztów, a w razie odmiennego zdania,

przedstawienia własnych wyliczeń w tym zakresie. Wobec takiego zaniechania Sąd ten uznał za uprawnione przyjęcie tej okoliczności za przyznaną i nie wymagającą dalszego badania.

Wyrok ten w całości zaskarżyli pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia w W. oraz interwenient uboczny po stronie pozwanej Skarb Państwa - Minister Zdrowia, zastępowany przez Prokuratorię Generalną Skarbu Państwa.

Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 10 listopada 2010 r. oddalił obie apelacje i orzekł o kosztach postępowania. Wskazał, że pozwany Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązany jest do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 12 pkt 2 - 4 ustawy o świadczeniach. Obowiązek ten wynika wprost z przepisu § 2 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 34, poz. 198) i istnieje od dnia 29 lutego 2008 r. (por. § 13 wymienionego Rozporządzenia). Oceniał, że z uwagi na treść § 11 tego Rozporządzenia, zgodnie z którym świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1, udzielone i niesfinansowane do dnia wejścia w życie rozporządzenia, są finansowane przez Fundusz z dotacji na rok 2008 na dotychczasowych zasadach a także Komunikat Ministerstwa Zdrowia z dnia 24 stycznia 2008 r. w sprawie zwrotu kosztów świadczeń udzielonych w roku 2007 i nie sfinansowanych przez Biuro Rozliczeń Międzynarodowych, legitymacja bierna pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia w odniesieniu do całego okresu objętego żądaniem pozwu (miesiące listopad i grudzień 2007 r. oraz styczeń, luty i marzec 2008 r.), nie budzi wątpliwości.

Podniósł, że okolicznością bezsporną było, że Szpital, będąc związany z pozwanym Funduszem umową o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zarówno w 2007 r. jak i w 2008 r., udzielał w okresie od listopada 2007 r. do marca 2008 r., świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców o których mowa w art. 12 pkt 2 - 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach i pozwany Fundusz pokrył koszty tych świadczeń w ilości wynikającej z zestawień i faktur złożonych do akt sprawy, jednakże bez kosztów podwyżek wynagrodzeń przewidzianych ustawą z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych

świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, podkreślając, że obowiązek pokrycia przez pozwanego owej różnicy stanowi w sprawie istotę sporu.

Według oceny Sądu Apelacyjnego, nie naruszało przepisów prawa materialnego zapatrywanie Sądu Okręgowego, według którego powiększenie kwoty zobowiązania Funduszu, przyjętej w zawartych na rok 2007 i 2008 umowach z powodem, o kwoty podwyżek w wysokości i na zasadach przewidzianych ustawą o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń odnosi się także do świadczeń udzielonych na podstawie art. 12 pkt 2-4 ustawy o świadczeniach. Odwołując się do treści przepisów art. 3 ustawy, uznał, że Sąd Okręgowy zasadnie wywiódł, iż wzrost wynagrodzeń wprowadzony tym unormowaniem zwiększył kwoty zobowiązania Funduszu z mocy samego prawa, a zatem niezależnie od późniejszego aneksowania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Innymi słowy, jego zdaniem, owe aneksy miały charakter wtórny i deklaracyjny w stosunku do zapisu ustawowego, zaś źródłem zobowiązania Funduszu w zakresie powiększenia kwot określanych w umowach o kwoty określone w art. 3 tej ustawy, zawsze pozostawał zapis ustawy. W tym kontekście zinterpretował także art. 10 c ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r., określający w jaki sposób efekty zastosowania mechanizmu podwyżkowego określonego w art. 3 ust. 1 i 2 ustawy znajdują odzwierciedlenie w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazał, że podobnie rzecz ma się w odniesieniu do przepisu art. 10 d ust. 5 ustawy, który dotyczyć może tylko tych sytuacji, kiedy kwota zobowiązania, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach, podwyższona została z naruszeniem zasad przewidzianych w art. 3 ustawy podwyżkowej. Wyraził zapatrywanie, że to samo dotyczy zarzucanego w apelacji pozwanego naruszenia § 1 pkt 1 i w apelacji interwenienta ubocznego - § 13, § 22 i § 23 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484). W związku z powyższym, jako bezzasadne ocenił zarzuty strony pozwanej i interwenienta ubocznego wskazujące, że kwoty zobowiązania Funduszu określone w aneksach podpisywanych przez strony w związku z realizacją ustawy z dnia 22 lipca 2006 r., stanowią w każdym wypadku górną granicę zobowiązania Funduszu.



Podkreślił, że krytyka zaskarżonego wyroku zawarta w obu apelacjach skupiała się na założeniu, które legło u podstaw tego wyroku a mianowicie, że zwiększona o kwotę podwyżki kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy podwyższa wartość poszczególnych świadczeń zdrowotnych o kwotę owej podwyżki. W ocenie Sądu Apelacyjnego, krytyka ta nie znajduje usprawiedliwionych podstaw. Przede wszystkim zaakceptował fakt, że koszty pracy stanowią składnik kształtowania ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i co za tym idzie wzrost wynagrodzeń pracowników służby zdrowia musi w sposób istotny rzutować na cenę poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Jego zdaniem za takim stanowiskiem przemawia wykładnia językowa przepisów art. 3 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r., gdzie mowa jest o wzroście z mocy prawa kwoty zobowiązania Funduszu o określony procent kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazał, że ten kierunek wykładni wspiera również wykładnia systemowa i funkcjonalna (celowościowa). Podkreślił, że podwyżka wynagrodzeń wprowadzona ustawą o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń w latach 2006 - 2007 na stałe stała się częścią wynagrodzenia objętych nią pracowników służby zdrowia i od tego czasu wycena poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej nie mogła tego faktu pomijać. Realnie więc, kwota podwyższona, mimo że przekazywana była jako kwota wyodrębniona i odrębnie rozliczana, stała się częścią ceny poszczególnych świadczeń zdrowotnych. Jeżeli zatem jednym z zasadniczych celów trwającej od szeregu lat reformy służby zdrowia, w tym sposobu jej finansowania, jest budowa sprawnie działającego i przejrzystego finansowo rynku świadczeń zdrowotnych, to interpretacja poszczególnych aktów prawnych realizujących tę reformę, nie może abstrahować również od jej celu.

Wskazując, że pozwany odwoływał się do wykładni autentycznej, przypomniał, że ustawa o przekazaniu środków finansowych na wzrost wynagrodzeń została uchwalona w wyniku łącznego procedowania nad projektem poselskim (druk nr 673) oraz rządowym (druk nr 671). W związku z tym jego zdaniem nie wystarczyło, odwołanie się do Zarządzenia Prezesa Funduszu z dnia 24 sierpnia 2006 r. w sprawie wykonania wymienionej ustawy, pisma Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2006 r., decyzji Ministra Zdrowia z dnia 7 września

2006 r. oraz do uzasadnienia projektu rządowego ustawy (druk nr 671), gdzie istotnie daje się zauważyć intencja, aby uwzględnienie przez Narodowy Fundusz Zdrowia środków finansowych na pokrycie wzrostu wynagrodzeń osób zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej nie wpłynęło na cenę świadczeń opieki zdrowotnej i ich liczbę ustalonych w umowach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (por. str. 5 uzasadnienia projektu rządowego). Długofalowo jednak (a więc bez ograniczenia perspektywy tylko do lat w których wprowadzano przedmiotową podwyżkę), nie oznaczało to, aby ustalony w projekcie udział kosztów pracy nie znalazł odzwierciedlenia w cenie poszczególnego świadczenia zdrowotnego. Wskazał także, że w uzasadnieniu projektu sejmowego znajdujemy informację jak kalkulowano wskaźniki wzrostu kosztów pracy przyjęte następnie w ustawie. Uwzględnienie wyników wszystkich zastosowanych powyżej rodzajów wykładni prowadzi do zaakceptowania wskazanej na wstępie tego fragmentu rozważań tezy, że zwiększona o kwotę podwyżki kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawców podwyższa wartość poszczególnych świadczeń zdrowotnych o kwotę owej podwyżki.

Pozwany w skardze kasacyjnej wniósł o uchylenie wyroku i jego zmianę przez uwzględnienie apelacji, ewentualnie przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. Oparł ją na podstawie określonej w art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 1 k.p.c. zarzucając obrazę art. 3 ust. 1 pkt 2 i art. 10c ust. 1 ustawy w zw. z art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach, § 1 pkt 1 i 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 197, poz. 1643); § 13, 17 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; § 3 ust. 4 pkt 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz.U. Nr 281, poz. 2789 – dalej rozporządzenie nr 1) oraz § 6 ust. 4 pkt 11 rozporządzenia RM z dnia 19 marca 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz.U. Nr 34, poz. 198 – dalej rozporządzenie nr 2) w zw. z § 1 pkt 1 i pkt 2 załącznika do

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz naruszenie § 2 ust. 1 pkt 2 oraz § 11 rozporządzenia nr 2 w zw. z § 3 ust. 4 pkt 7 rozporządzenia nr 1 oraz § 6 ust. 4 pkt 11 rozporządzenia nr 2.

Skarga kasacyjna interwenienta ubocznego została oparta na obu podstawach z art. 398<sup>3</sup> § 1 k.p.c. W ramach podstawy naruszenia prawa procesowego skarżący podniósł obrazę art. 230 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.; art. 217 § 2 k.p.c. w zw. z art. 380 k.p.c.; art. 227 k.p.c. w zw. z art. 217 § 2 k.p.c. w zw. z art. 380 k.p.c. Z kolei naruszenie prawa materialnego obejmowało art. 3 ust. 1, art. 10c ust. 1, art. 5 ust. 1 i art. 10d ust. 5 ustawy; § 13 i 17 ust. 2, § 22 i § 23 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; § 3 ust. 4 pkt 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni; § 2 ust. 1 i § 3 ust. 1 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2008 r w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej; § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 164, poz. 1194).

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Szpital oparł swe roszczenie na pisemnym zestawieniu wzrostu funduszu wynagrodzeń wyliczonym w odniesieniu do udzielonych świadczeń zdrowotnych w listopadzie oraz grudniu 2007 r. i w okresie od dnia 1 stycznia 2008 r. do dnia 31 marca 2008 r. Na pierwszej rozprawie pełnomocnik pozwanego podniósł, że „sposób przedstawienia wliczeń dochodzonej kwoty jak i zestawienia faktur nie dają podstawy stronie pozwanej do ustalenia prawidłowości dokonanych wliczeń”. Interwenient uboczny po stronie pozwanej Skarb Państwa - Minister Zdrowia zastępowany przez Prokuratorię Skarbu Państwa w pierwszym piśmie procesowym wniósł o przeprowadzenie dowodu z faktur wystawionych przez powoda Narodowemu Funduszowi Zdrowia za sporne okresy na okoliczność

sposobu, w jaki powód wykazywał na fakturach wysokość środków przekazywanych na wynagrodzenia oraz braku wzrostu ceny jednostki rozliczeniowej (punktu) w związku z wykonywaniem ustawy z dnia 22 lipca 2006 r., o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Wniósł także o zobowiązanie powoda do przedłożenia zawartego w wykonaniu zarządzenia nr 77/2006 prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia aneksu do umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień za rok 2006 i za rok 2007 i przeprowadzenie dowodu z tych dokumentów na okoliczność braku wzrostu ceny jednostki rozliczeniowej (punktu) w związku z wykonaniem ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.

Na ostatniej rozprawie Sąd pierwszej instancji postanowił oddalić wniosek Prokuraturii Skarbu Państwa o nakazanie powodowi przedłożenia zawnioskowanych dokumentów, ze względu na to, że to na powodzie spoczywa ciężar udowodnienia faktów, z których wywodzi on skutki prawne. Stwierdził także, że wobec niewypowiedzenia się przez pozwanego co do prawidłowości wyliczenia przez powoda dochodzonych kwot, Sąd mając na względzie wynik całej rozprawy, uznał tę okoliczność za przyznaną, stosownie do unormowania zawartego w art. 230 k.p.c.

Interwenient uboczny w apelacji w ramach obrazu prawa procesowego podniósł naruszenie przez Sąd pierwszej instancji art. 230, 217 § 2 i 227 k.p.c., przez bezpodstawne przyjęcie, że pozwany nie wypowiedział się co do twierdzeń powoda w przedmiocie wysokości dochodzonego roszczenia pomimo wyraźnego zaprzeczenia, a ustalenie wysokości środków uzyskanych przez powoda i przeznaczonych przez niego na wzrost wynagrodzeń ma istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Apelacyjny w tej kwestii podniósł, że w apelacji interwenient uboczny nie wykazał, że wskazane uchybienia wywarły wpływ na treść zaskarżonego rozstrzygnięcia. Stanowisko to odniósł do pisma Ministra Zdrowia z dnia 7 września 2006 r., uzasadnienia projektu ustawy podwyżkowej oraz nieprzeprowadzenia dowodu z aneksów do umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wyraził zapatrywanie, że Sąd pierwszej instancji nie naruszył art. 230 k.p.c., choć zarówno pozwany, jak i interwenient uboczny kwestionowali powództwo co do zasady i wysokości. Wskazał, że powód przedstawił własne wyliczenie wysokości dochodzonej kwoty oraz dowody na jego poparcie w postaci właściwych faktur i zestawień, a tymczasem pozwany i interwenient uboczny, nie dokonali jakiegokolwiek weryfikacji wyliczeń powoda i nie przedstawili własnych rozliczeń w tym zakresie. Podkreślił przy tym, że pozwany nie kwestionował, iż za okres objęty pozwem pokrył koszty świadczeń zdrowotnych, udzielonych przez powoda osobom nieubezpieczonym, a „przedmiot sporu stanowiła tylko różnica w stosunku do tych kosztów plus koszty wynikające z ustawy podwyżkowej”.

W tym stanie rzeczy należy zauważyć, że art. 230 k.p.c. mógłby mieć w sprawie zastosowanie tylko wtedy, gdyby pozwany i interwenient uboczny nie wypowiedzieli się w przedmiocie wyliczenia dochodzonego roszczenia. Tylko w takim wypadku, mając na uwadze wyniki całej rozprawy, Sąd pierwszej instancji mógłby uznać te fakty za przyznane. Sam Sąd drugiej instancji stwierdził, że to nie nastąpiło i odwołał się do zestawień i wystawionych faktur przez powoda, tj. do dokumentów prywatnych. Przy zaprzeczeniu odnoszącym do treści dokumentu prywatnego złożonego przez jedną ze stron procesu, przenosi ono na stronę zaprzeczającą ciężar wykazania jego prawdziwości. Skoro dokonał tego pozwany, to na nim w tej materii spoczywał ciężar dowodu (art. 253 k.p.c.; por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 września 2007 r., I PK 112/07, OSNP 2008, nr 19-20, poz. 288). Istniała więc podstawa do przyjęcia, że wskazane uchybienie nie miało wpływu na wynik sprawy.

Charakterystyczne było to, że Sąd pierwszej instancji, uznawał zawnioskowane przez interwenienta ubocznego aneksy do umów jako istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, niemniej wskazał, że okoliczność, na które zostały zgłoszone, powinien wykazać powód. Z kolei Sąd drugiej instancji odwołując się do charakteru tych umów wskazał, że ich treść w zakresie odnoszącym się do braku uwzględnienia w nich wzrostu ceny jednostki rozliczeniowej (punktu), „nie mogła przesądzić o bezzasadności powództwa”. Takie ogólne stwierdzenie jest niewystarczające, gdyż przyjęta przez Sądy *meriti* konstrukcja prawna

rozstrzygnięcia nie uwzględniała w procesie wykładni wszystkich założeń systemu opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 132 ustawy o świadczeniach, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielenie tych świadczeń zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. W doktrynie stosunek między ubezpieczonym (uprawnionym) określa się jako stosunek ubezpieczenia, stosunek pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem stosunkiem „organizacji świadczeń”, natomiast stosunek między ubezpieczonym i świadczeniodawcą stosunkiem „opieki zdrowotnej”. W piśmiennictwie i orzecznictwie, jeszcze na gruncie kas chorych, trafnie przyjęto zobowiązaniową naturę stosunku pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcą (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, BSN 2004 r., nr 1, s. 11 i z dnia 16 lutego 2005 r., IV CK 541/04, OSP 2006 nr 1, poz. 3). Jeżeli zatem w ustawie o przekazywaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń brak wyraźniej podstawy do stwierdzenia, że ta podwyżka skutkuje podwyższeniem cen jednostkowych świadczeń opieki zdrowotnej, objętych umową świadczeniodawcy z Narodowym Funduszem Zdrowia, to już z tego względu przedmiotowe aneksy mogły mieć znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy.

Istniały więc podstawy do przyjęcia, że Sąd drugiej instancji, nie uwzględniając zarzutu apelacyjnego naruszenia art. 227 k.p.c. w zw. z art. 217 § 2 k.p.c. i art. 380 k.p.c., dopuścił się istotnego uchybienia procesowego, które mogło mieć wpływ na wynik sprawy, co czyniło uzasadnioną podstawę kasacyjną, określoną w art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 2 k.p.c., i zwalniało Sąd Najwyższy od szczegółowego rozważenia zarzutów dotyczących obrazu prawa materialnego.

Mając jednak na uwadze skomplikowany charakter sprawy (por. odmienne wyroki Sądu Najwyższego z dnia 6 kwietnia 2011 r., I CSK 470/10 i z dnia 14 czerwca 2011 r., I CSK 587/10 niepublikowane), celowym było odniesienie się jednak do kilku kwestii materialnych.

Wymieniona w art. 136 pkt 5 ustawy o świadczeniach kwota zobowiązania stanowi tzw. limit, tj. określa maksymalną wielkość którą Fundusz zapłaci

za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone przez danego świadczeniodawcę. Innymi słowy Fundusz jest zobowiązany, poza niewchodzącymi w sprawę w rachubę wyjątkami, np. dotyczącymi świadczeń ratujących życie, do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym tylko do wysokości tej kwoty (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 18/05, OSP 2006, nr 6, poz. 70). Limity umowne są więc wiążące w zakresie udzielanych świadczeń poza sytuacjami nagłymi.

Dla istoty występującego w sprawie zagadnienia nie ma zasadniczego znaczenia fakt, że w sprawie chodzi o roszczenie związane ze świadczeniami wobec nieubezpieczonych finansowanymi z budżetu państwa, skoro Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni (Dz.U. Nr 281, poz. 27890) stanowiło w § 3 ust. 4 pkt 7, że cena za świadczenia udzielone nieubezpieczonym finansowane z budżetu państwa jest równa cenie ustalonej w umowie z Funduszem i identyczne rozwiązanie zostało przyjęte w § 2 ust. 1 i w § 3 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 137, poz. 858). Trafnie więc interwenient uboczny podniósł, że wycena w jednostkach rozliczeniowych (punktach) poszczególnych świadczeń finansowanych z budżetu oraz cena jednostki rozliczeniowej (punktu) ustalona w umowie pomiędzy powodem a Funduszem obowiązywała także Skarb Państwa, tj. płatnika za pośrednictwem pozwanego świadczeń udzielonych nieubezpieczonym.

Ustawa o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń dotyczy środków tylko na wynagrodzenia; gdyby bezpośrednio swym zakresem obejmowała świadczenia, to wchodziłby w rachubę albo wzrost ich liczby przy niezmięnionej cenie, albo wzrost ceny świadczeń przy niezmięnionej ich liczbie. Trafnie interwenient uboczny podniósł, że obydwie te ewentualności prowadzić by mogły do niezrealizowania zasadniczego celu tej ustawy, jakim było dokonanie podwyższenia wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, np. w wypadku, gdy świadczeniodawca nie zrealizowałby świadczeń w ilości

przewidzianej w umowie z Funduszem. Z kolei przy powstaniu tzw. nadwykonań świadczeniodawca uzyskiwałby środki większe niż przewidziane w art. 3 ust. 1 i art. 10c ust. 1 ustawy. Prowadziłoby to do wzruszenia równowagi finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Tymczasem z art. 5 ust. 1 i art. 10d ust. 5 ustawy zdaje się wynikać, że na wynagrodzenia są przekazywane tylko środki uzyskiwane zgodnie z unormowaniem zawartym w art. 3 ust. 1 i art. 10c ust. 1 ustawy i wyodrębnione z kwoty zobowiązania stanowiącej tzw. limit.

Trafnie skarżący zwrócił uwagę na to, że wobec naturalnego wahania w poziomie realizacji świadczeń w poszczególnych miesiącach, przyjęcie interpretacji dokonanej przez Sądy *meriti* mogłoby oznaczać, że pracownicy otrzymywaliby różne wynagrodzenia za poszczególne okresy płatności, a po za tym wystąpiłyby trudności z realizacją art. 6, 7 i 10d ust. 4 ustawy. Z unormowań tych pośrednio wynika, że wzrost wynagrodzeń odbywał się tylko w ramach przekazanych środków, natomiast wzrost dokonany z przekroczeniem puli środków przekazanych na ten cel, na podstawie ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń stanowił działania na własne ryzyko zakładu opieki zdrowotnej.

Nie bez znaczenia jest także argument pozwanego, że ustawodawca w art. 3 ust. 1 pkt 2 i w art. 10c ust. 1 w zw. z art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy dokładnie zdefiniował, jak należy rozumieć koszt pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, nie posiłkując się pojęciem ceny, ani nie unormował, że zwiększenie zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawców skutkuje automatycznie wzrostem ceny jednostkowej świadczenia. Poza za tym za prezentowanym przez pozwanego mechanizmem podwyżek niewątpliwie może przemawiać uzasadnienie projektu rządowego. Względy te mogą wskazywać, że ustawodawca tworząc wzór matematyczny w art. 3 ust. 1 i 2 ustawy zrezygnował ze ścisłego powiązania kwoty podwyżki z ceną jednostkową wykonanego świadczenia oraz również z ilością udzielanych świadczeń. Niewątpliwie więc intencją ustawodawcy było określenie podwyżki wynagrodzeń w odniesieniu do zakontraktowanych, a nie wykonanych świadczeń. Argumenty te mogą pośrednio uzasadniać pogląd, że realizacją ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń było podniesienie kwot zobowiązań



funduszu zawartych w poszczególnych umowach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a nie podniesienie ceny świadczeń, czy zwiększenie jednostek rozliczeniowych.

Mając na uwadze powyższe względy, należało orzec jak w sentencji (art. 398<sup>15</sup> § 1 k.p.c.).