



Sygn. akt III CSK 217/11

**WYROK  
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 30 marca 2012 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Barbara Myszka (przewodniczący)

SSN Krzysztof Strzelczyk

SSN Anna Owczarek (sprawozdawca)

Protokolant Katarzyna Grzegorzczak

w sprawie z powództwa Powiatowego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w G.  
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia o zapłatę,  
po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej  
w dniu 30 marca 2012 r.,  
skargi kasacyjnej strony pozwanej  
od wyroku Sądu Apelacyjnego  
z dnia 16 lutego 2011 r.,

**uchyla zaskarżony wyrok w części oddalającej apelację (pkt 2)  
i w tym zakresie przekazuje sprawę Sądowi Apelacyjnemu  
do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi  
rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego.**

Uzasadnienie

Powód Powiatowy Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w G. wniósł o zasądzenie od pozwanego Narodowego Funduszu Zdrowia łącznie kwoty 410.036 zł, w tym (1) kwoty 377.408 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 10 grudnia 2009 r. - składającej się z kwot 276.660 zł należności głównej i 16.174,77 zł zsumowanych odsetek (łącznie 292.843,77 zł), przekazanych pozwanemu na podstawie ugody pozasądowej z zastrzeżeniem zwrotu, oraz z kwoty 83.564 zł potrąconej przez pozwanego z wierzytelności powoda z tytułu innych wykonanych świadczeń, ponadto (2) kwoty 32.628 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 11 grudnia 2008 r. Kwota 276.660 zł dotyczyła zwrotu wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki długoterminowej - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielone 22 osobom w okresie od 1 stycznia do 31 lipca 2008 r., uiszczonych wcześniej przez pozwanego na rzecz powoda.

Sąd Okręgowy w Krakowie wyrokiem częściowym z dnia 15 września 2010 r. zasądził od Narodowego Funduszu Zdrowia na rzecz Powiatowego Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego kwotę 292.843,77 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 9 stycznia 2010 roku do dnia zapłaty tytułem zwrotu nienależnego świadczenia obejmującego kwoty przekazane przez powoda na podstawie ugody. Sąd Apelacyjny, uwzględniając apelację pozwanego w części, wyrokiem z dnia 16 lutego 2011 r. zmienił zaskarżony wyrok w zakresie odsetek w ten sposób, że datę 9 stycznia 2010 r. zastąpił datą 28 kwietnia 2010 r. i oddalił ją w pozostałym zakresie.

Podstawa faktyczna sporu była bezsporna. Strony w dniu 26 stycznia 2007 r. zawarły umowę nr /.../ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oznaczonych jako opieka długoterminowa - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, którą zmieniono w części aneksem nr 1/2008 z dnia 19 listopada 2007 r., obowiązującym od dnia 1 stycznia do 31 grudnia 2008 r. W aneksie wskazano jako podstawę zmian § 32 ust. 1 i 2 oraz § 38 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197,

poz. 1643 z późn. zm.), § 24 zarządzenia nr 61/2007/DSC)Z Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, zmienionego zarządzeniem nr 93/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r., oraz protokół uzgodnień z dnia 19 listopada 2007 r. W załączniku do wymienionego aneksu, zawierającym pełen tekst zmienionej umowy, wskazano że świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu nr 61/2007/DSOZ) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, zmienionym zarządzeniem nr 93/2007/DSOZ) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r., zwanych dalej „warunkami zawierania umów” (§ 1 ust. 2), a warunki zawierania umów, o których mowa w ust. 2, obowiązują w okresie rozliczeniowym przypadającym na okres od dnia 1 stycznia do 31 grudnia 2008 r. (§ 1 ust. 3). Zarządzenie określało, że do zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego o profilu ogólnym może zostać przyjęty pacjent wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, z rozpoznaniem choroby przewlekłej, który w ocenie stopnia samoobsługi, dokonywanej co 30 dni według zmodyfikowanej skali Barthel uzyskał od 0 do 40 punktów. Z zarządzenia wynikało że dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ zaproponują świadczeniodawcom wprowadzenie wynikających z niego zmian, w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych przed dniem jego wejścia w życie. W dniach 22-26 września 2008 r. strona pozwana przeprowadziła kontrolę dokumentacji indywidualnej wszystkich pacjentów placówki powoda, która wykazała m.in., że od stycznia do lipca 2008r. objęto opieką zakładu 131 pacjentek, w tym ocena stanu 22 pacjentek przekraczała 40 punktów według skali Barthel. W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 13 stycznia 2009 r. pozwany wezwał do zwrotu kwoty 276.660 zł, wcześniej uiszczonej przez NFZ tytułem zapłaty za udzielone bezpodstawnie świadczenia. Pozwany nie uwzględnił zastrzeżeń dotyczących świadczeń udzielonych osobom, które przebywały w zakładzie na podstawie decyzji administracyjnych o skierowaniu na pobyt stały na czas nieokreślony, w tym dziewięciu wydanych w latach 1961-1972, ośmiu w latach 1976-1998, pięciu

w latach 1999-2006. Jako podstawę prawną tych decyzji powołano art. 104 k.p.a., art. 2 ust. 1, art. 8 ust. 2 pkt 1, art. 34a ust. 1 i 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach. W lipcu 2008 r. w strukturze szpitala wyodrębniono nowy zakład opieki długoterminowej o profilu psychiatrycznym, do którego przeniesiono część pacjentek, w tym te, których poziom samoobsługi przekroczył 40 punktów w skali Barthel. Strony zawarły następnie dwa aneksy do umowy: nr 2/2008 z dnia 22 sierpnia 2008 r. przewidujący zmniejszenie od dnia 1 lipca 2008 r. liczby pacjentów i świadczeń na oddziale ogólnym ze 130 do 70, nr 3/2008 z dnia 22 października 2007 r. dotyczący udzielania od dnia 1 sierpnia 2008 r. świadczeń na nowych zasadach. W dniu 29 czerwca 2009 r. strony zawarły ugodę pozasądową, w której powódka zobowiązała się do zwrotu kwoty 276.660 zł wraz z odsetkami w kwocie 16.174,77 zł, tj. łącznie 292.843,77 zł w ratach, zastrzegając wystąpienie na drogę postępowania cywilnego dla rozstrzygnięcia kwestii zasadności zapłaty za świadczenia wskazane w wystąpieniu pokontrolnym NFZ. Kwota ta została zapłacona.

Sąd Apelacyjny stwierdził, że z żadnego aktu prawnego będącego podstawą stosunku zobowiązaniowego stron nie wynika, aby regulowały one zasady ich współpracy retroaktywnie. Przeciwnie § 25 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 19 września 2007 r. wskazuje, że „zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i ma zastosowanie do kontraktowania świadczeń na 2008 rok i lata następne”, co oznacza że dotyczy tylko świadczeń na rzecz nowych pacjentów. Jako chybione ocenił zarzuty naruszenia art. 354 § 1 i 2 k.c. oraz art. 93 Konstytucji RP. Nie kwestionował stanowiska Sądu pierwszej instancji, że zarządzenia Prezesa NFZ mają charakter wewnętrzny i obowiązują tylko podległe mu jednostki organizacyjne, nie mają bezpośredniego zastosowania do umowy, a w zakresie dotyczącym określenia zasad płatności za świadczenia nie mogą mieć mocy wstecznej do stosunków prawnych wcześniej powstałych. Podzielił twierdzenie, że powód powinien zapewnić pacjentkom skierowanym na pobyt stały wszelkie świadczenia, w tym co do opieki długoterminowej, a pozwany współdziałać przy

regulowaniu płatności za udzielone świadczenia, czego zaniechał. Zdaniem Sądu, jeżeli strony nie określiły sposobu płatności na rzecz dotychczasowych pacjentów, to nie można domniemywać retroakcji aktów prawnych (art. 3 k.c.). Stwierdził, że strona powodowa ma ustawowy obowiązek świadczenia usług, a odmowa ich udzielenia pacjentom tego wymagającym skutkowałaby zagrożeniem życia lub zdrowia, m.in. tych 22 pacjentek, których finansowanie leczenia objęte jest sporem. Sąd odwoławczy uznał, że cel istniejącego pomiędzy stronami stosunku prawnego w postaci finansowania usług opiekuńczo- zdrowotnych i prawa nabyte pacjentów, skierowanych do powodowego szpitala na pobyt stały na podstawie decyzji administracyjnych, sprzeciwiają się odmiennemu rozumieniu spornych przepisów umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Sąd Apelacyjny jako podstawę prawną rozstrzygnięcia powołał art. 410 k.c. w zw. z art. 405 k.c., stwierdzając, że przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu mają zastosowanie gdy dochodzi się zwrotu świadczenia które, na podstawie ustaleń sądu, drugiej stronie się nie należało. Nie ma znaczenia, że pozwany powołuje się na przepis § 28 owu, skoro powód nie był w ogóle zobowiązany do wcześniejszego świadczenia, a zatem odpadła podstawa prawna na jaką się powoływał.

Od powyższego wyroku pozwany złożył skargę kasacyjną opartą na obu podstawach. W ramach pierwszej podstawy zarzucił naruszenie art. 65 § 2 k.c. poprzez dokonanie błędnej wykładni postanowień umowy nr 061/100124/OPD/01/2007 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka długoterminowa, w brzmieniu nadanym jej aneksem nr 1/2008 z dnia 19 listopada 2007 r.; § 5 ust. 1 ogólnych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik 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) oraz § 5 ust. 1 ogólnych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81, poz. 484), wydanych na podstawie delegacji ustawowej art. 137 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) poprzez jego niezastosowanie;

art. 3 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie, skutkujące przyjęciem, że skoro strony nie uregulowały sposobu płatności na rzecz pacjentów już będących w powodowym zakładzie, to nie można domniemywać retroakcji aktów prawnych; art. 354 § 1 i 2 k.c. poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie co spowodowało nałożenie na stronę dodatkowego zobowiązania, a także uznanie, że powód wykonał swoje zobowiązanie zgodnie z jego treścią; art. 93 Konstytucji RP poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, co skutkowało błędnym przyjęciem, że zarządzenia Prezesa NFZ są aktami wewnętrznymi, wydawanymi w stosunkach w których decydujące znaczenie ma „hierarchiczne podporządkowanie”; § 28 owu poprzez niezastosowanie tego przepisu i uznanie że świadczenie pozwanego nie było świadczeniem nienależnym; art. 410 w zw. z art. 405 k.c. poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie skutkujące uznaniem ich za podstawę rozstrzygnięcia, podczas gdy podstawą rozliczeń stron powinien być reżim kontraktowy; art. 4, art. 35 ust. 1-3 oraz art. 44 ust. 1-2 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104) poprzez ich niezastosowanie, co skutkowało zobowiązaniem pozwanego do wypłaty środków finansowych ze środków publicznych mimo braku podstawy. W ramach drugiej podstawy kasacyjnej skarżący zarzucił naruszenie art. 328 § 2 oraz 378 § 1 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. poprzez brak merytorycznego stanowiska odnośnie zgłoszonego w apelacji zarzutu naruszenia przepisów postępowania oraz utrudnienie, czy wręcz uniemożliwienie kontroli kasacyjnej; art. 233 § 1 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. poprzez poczynienie ustaleń sprzecznych z zebrany w sprawie materiałem dowodowym.

W konkluzji wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i jego zmianę poprzez orzeczenie co do istoty sprawy lub uchylenie zaskarżonego wyroku w części oddalającej apelację i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Apelacyjnemu. Skarga kasacyjna zawiera ponadto wniosek o wydanie orzeczenia restytucyjnego o zwrocie świadczenia spełnionego na podstawie zaskarżonego wyroku (art. 415 zd. 1 w zw. z art. 398<sup>19</sup> k.p.c.).

Powód wniósł o oddalenie skargi kasacyjnej i zasądzenie zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył:

Odnosząc się do podstawy naruszenia przepisów prawa procesowego stwierdzić należy, że chybione jest wskazanie na uchybienie treści art. 233 § 1 w związku z art. 391 § 1 k.p.c. bowiem, skoro Sąd odwoławczy nie prowadził postępowania dowodowego, to przepisu tego nie stosował. Ponadto art. 398<sup>3</sup> § 3 k.p.c. wprost stwierdza, że zarzuty (tj. argumenty) dotyczące błędnego ustalenia faktów lub wadliwej oceny dowodów nie mogą być powoływane w ramach przytoczenia podstaw kasacyjnych. Przez fakty w rozumieniu tego przepisu należy rozumieć te ustalenia Sądu, które dotyczą wyłącznie relacji o przebiegu zdarzeń lub stanie rzeczy podlegającego ocenie, odwołania do dowodów na których sąd się oparł, bądź którym odmówił dania wiary. W ramach tej podstawy uzasadnione jest jednak wskazanie na naruszenia art. 328 § 2 oraz art. 378 § 1 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego uchybienie przez sąd drugiej instancji treści art. 328 § 2 w związku z art. 391 § 1 k.p.c. przez sporządzenie uzasadnienia nie odpowiadającego wymaganiom, jakie stawia wymieniony przepis, może wyjątkowo wypełniać podstawę kasacyjną przewidzianą w art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 2 k.p.c. Ma to miejsce wówczas, gdy skutek uchybienia wymaganiom określającym zasady motywowania orzeczeń nie poddaje się ono kontroli kasacyjnej, w szczególności gdy uzasadnienie nie ma wszystkich koniecznych elementów, bądź zawiera takie braki, które ją uniemożliwiają. Wadami takimi w niniejszej sprawie są (1) sprzeczność wewnętrzną stanowiska Sądu polegająca na wskazaniu, że apelujący zarzucił naruszenie przepisów postępowania poprzez poczynienie ustaleń sprzecznych z materiałem dowodowym, w szczególności przez błędne ustalenie treści umowy o udzielenie świadczeń, co miało spowodować wypaczenie treści zobowiązania łączącego strony i bezpośrednio po tym stwierdzenie, że stan faktyczny był bezsporny i apelujący go nie kwestionował, (2) niespójność i sprzeczność wewnętrzną argumentacji, używanie nieadekwatnych pojęć języka prawnego (przykładowo zdanie „Skoro strony nie uregulowały *sposobu płatności na rzecz pacjentów* już będących w *powodowym szpitalu* to *nie można domniemywać retroakcji aktów prawnych*”, „*cel istniejącego między stronami stosunku prawnego w postaci finansowania usług opiekuńczo-zdrowotnych* sprzeciwia się odmiennemu

rozumieniu spornych *przepisów umowy*"), naruszenie zasad logicznego wnioskowania, (3) w zakresie podstawy prawnej m.in. jej niepełność, brak koniecznych rozróżnień między źródłami stosunku zobowiązaniowego jakimi są akty normatywne i umowa, między kształtującymi treść stosunku prawnego przepisami 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 z późn. zm.), a zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz pominięcie następstw tych różnic dla praw i obowiązków stron, a w dalszej kolejności dla wynikających z nich praw podmiotowych jako źródeł roszczeń.

Podkreślić należy, że trafność tej podstawy kasacyjnej pozostaje w bezpośrednim związku z podstawą naruszenia prawa materialnego. Jak już kilkakrotnie wskazywał Sąd Najwyższy zastosowanie przepisów prawa materialnego do niedostatecznie ustalonego stanu faktycznego oznacza wadliwą subsumcję tego stanu do zawartych w nich norm prawnych, a brak stosownych ustaleń uzasadnia zarzut kasacyjny naruszenia prawa materialnego przez niewłaściwe jego zastosowanie (por. wyrok z dnia 11 marca 2003 r. V CKN 1825/00, wyrok z dnia 10 marca 2011 r. II PK 241/10). Podobnie o prawidłowym zastosowaniu prawa materialnego można mówić dopiero wówczas, gdy ustalenia stanowiące podstawę wydania zaskarżonego wyroku pozwalają na ocenę jego zastosowania.

Niemniej, niezależnie od wskazanych wad orzeczenia, odniesienie się do podstawy kasacyjnej z art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 1 k.p.c. jest celowe i niezbędne. Sądy obu instancji rozstrzygając spór pominęły bowiem jego istotę, wynikającą ze statusu prawnego stron i specyfiki łączącego je stosunku zobowiązaniowego.

Punktem wyjścia dalszych rozważań powinno być stwierdzenie, że zastosowanie mają przepisy prawne obowiązujące w dacie relewantnych zdarzeń faktycznych i prawnych (zawarcia umowy i jej obowiązywania w okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2008 r.), tj. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) - dalej jako: uśoz, rozporządzenie Ministra Zdrowia



z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643). Powoływane przez pozwanego w skardze kasacyjnej i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), z uwagi na zastrzeżenie dalszego obowiązywania wcześniejszych przepisów do postanowień umów, zawartych na ich podstawie, do czasu zmiany tychże, nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2008 r. (§ 2), nie miało zastosowania w sprawie. Tylko powyższym aktem prawnym można przypisać walor źródeł prawa w rozumieniu art. 87 ust. 1 Konstytucji RP. Za kwalifikacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (wprawdzie wydanego w dniu 13 maja 2008 r., ale na podstawie tej samej delegacji ustawowej, tj. art. 137 uósz, i obejmującego ten sam przedmiot regulacji) jako aktu wykonawczego należącego do systemu źródeł prawa, nie podlegającego zasadom kontroli wzorców umownych, opowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 grudnia 2010 r., III CSK 93/10, nie publ. Przepisy zawarte we wskazanych aktach normatywnych, mające charakter bezwzględnie obowiązujący (*ius cogens*), ukształtowały *ex lege* treść stosunku prawnego łączącego strony (art. 353<sup>1</sup> k.c.).

Odmienne ocenić należy charakter prawny zarządzenia nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, i zmieniającego je zarządzenia nr 93/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r. Mimo użycia w tytule zwrotu „warunków zawierania i realizacji umów” i posługiwania się paragrafami jako jednostkami redakcyjnymi tekstu zarówno podstawa ich wydania (art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 pkt 1 i 3 uósz), jak i treść (w tym § 1) wskazuje, że materią zarządzeń jest uregulowanie postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umów oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców, stworzenie jednolitego wzoru umowy o udzielanie świadczeń, odstępowstwa od którego wymagały pisemnej zgody Prezesa Funduszu (§ 4 ust. 5), ponadto sprecyzowanie zakresu świadczeń ciążących na stronach w wypadku zawarcia umowy. Nie ulega zatem wątpliwości że, o ile cytowane rozporządzenie Ministra

Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. jest aktem prawnym, w nauce prawa czasami określanym - z uwagi na przedmiot regulacji - jako wzorzec normatywny wydany na podstawie delegacji ustawowej, o tyle zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydawane jedynie w oparciu o przepis kompetencyjny, zawierają postanowienia, które muszą być wprowadzone przez strony wprost lub pośrednio (przez odwołanie do nich) do umowy. Postanowienia takie, mieszcząc się w zasadzie swobody umów, stanowią sposób ukształtowania ich treści. Jeżeli nie zostały przeniesione wprost i w całości, tylko przez wskazanie, należy je traktować jako wzorzec kwalifikowany wyznaczający treść stosunku prawnego, oddziałujący na treść, ale zewnętrzny wobec umowy (*lex contractus*). Konsekwentnie zmiana wzorca dokonywana zarządzeniem Prezesa NFZ, dla związania stron kontraktu, wymagała przyjęcia go przez adherenta. Z tej przyczyny naruszenia wskazanych postanowień umowy lub wzorca kwalifikowanego, mającego takie znaczenie jak umowa, nie mogą być powołane jako samodzielna podstawa kasacyjna naruszenia przepisów prawa materialnego (por. orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 24 lipca 1998 r., I CKN 774/97, z dnia 9 lutego 1999 r., I CKN 891/98, z dnia 9 lipca 1999 r., II CKN 299/98, z dnia 31 maja 2001 r., V CKN 247/00). Nie uchylają się jednak spod kontroli kasacyjnej, która jest dokonywana na takich samych zasadach jak oświadczenie woli stron. Odpowiednio zatem (1) ustalenie treści zawsze należy do podstawy faktycznej, regulowanej przepisami prawa procesowego i zarzutami z podstawy art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 2 k.p.c., (2) wykładnia oświadczeń woli i wzorca kwalifikowanego, rozumiana jako ustalenie ich sensu, w celu stwierdzenia prawnie wiążącego znaczenia regulacji zawartej w oświadczeniu woli, dokonywana jest zgodnie z regułami określonymi w art. 65 k.c., stanowiąc zagadnienie prawa materialnego, (3) subsumcja nie wynika z woli stron, tylko z normy prawnej, która stanowiąc źródło stosunku prawnego determinuje jej kwalifikację jako zagadnienie prawa materialnego. W umowie stron, wskazano, że świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, zmienionym zarządzeniem nr 93/2007/DSC)Z Prezesa Narodowego Funduszu

Zdrowia z dnia 18 października 2007 r., zwanych dalej „warunkami zawierania umów”. Oznacza to że postanowienia wskazanego zarządzenia zostały przyjęte przez strony, obok umowy jako wzorzec kwalifikowany, i wiążą jako *lex contractus*. Konsekwentnie chybione jest stanowisko Sądu Apelacyjnego w zakresie stosowania prawa poprzez przyjęcie nieistniejących norm prawnych, nadto określenia ich jako wewnętrzzakładowe, obowiązujące wyłącznie jednostki organizacyjne podległe Prezesowi NFZ. Bezpodstawny jest także dychotomiczny podział postanowień zarządzenia i wywodzony stąd wniosek o możliwości jego zastosowania tylko w części dotyczącej zawierania umów. Zasady techniki legislacyjnej, często wykorzystywane przy konstruowaniu kontraktów, zezwalają na skrótowe określanie dłuższych zwrotów poprzez użycie formuły „zwanych dalej”. Takie sformułowanie § 1 ust. 2 zmodyfikowanej umowy, obowiązującej w 2008 r., było zatem dopuszczalne i nie powinno budzić wątpliwości do treści.

Trafna jest podstawa kasacyjna naruszenia prawa materialnego w zakresie wadliwej wykładni umowy łączącej strony oraz nieprawidłowej subsumcji (art. 65 § 2 k.c., art. 93 Konstytucji RP). Dokonując jej Sąd Apelacyjny powinien mieć na względzie również specyfikę stosunku prawnego, obejmującą kwestie podmiotowe i przedmiotowe. I tak powód nie miał statusu prawnego zakładu opieki zdrowotnej - szpitala, jak bezpodstawnie przyjął Sąd, a samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej - zakładu opiekuńczo-leczniczego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 z późn. zm.), udzielającego na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w systemie stacjonarnym. W zakresie objętym sporem udzielane one były w rodzaju opieka długoterminowa, grupie - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Umowa i cytowane zarządzenia nr 61/2007/DSOZ, nr 93/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określały katalog zakresów tych świadczeń, tj. wykaz świadczeń kontraktowanych i wykonywanych przez świadczeniodawcę w opiece długoterminowej, w którym mieściły się procedury medyczne (pakiet świadczeń), ponadto sposób i kwoty ich finansowania.

Zarządzenia określały, że świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych przeznaczone były dla osób obłożnie i przewlekle chorych, nie wymagających hospitalizacji, u których występowały istotne deficyty w samoopiece i które wymagały całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Do zakładów takiej opieki o profilu ogólnym nie mogły być przyjmowane osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej, lub u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką były trudna sytuacja socjalna, zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie. Sposób i tryb kierowania do zakładów oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w nich określało rozporządzenie Ministra Zdrowia Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno- opiekuńczych (Dz. U. Nr 166, poz. 1265). Przewidywało ono jednocześnie że zasadą jest odpłatność pobytu w zakładzie, obejmująca koszty wyżywienia i zakwaterowania, przy czym obowiązek pokrycia opłat spoczywał na osobie skierowanej lub opiece społecznej. Istotną nowością wprowadzoną w zarządzeniu nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia było stwierdzenie, że do zakładu pielęgnacyjno- opiekuńczego lub opiekuńczo-leczniczego o profilu ogólnym nie może zostać przyjęty pacjent, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, z rozpoznaniem choroby przewlekłej, który w ocenie dokonanej wg zmodyfikowanej skali Barthel uzyskał od 0 do 40 punktów, w przypadku skierowania takiego pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego na czas nieokreślony, ocena jego stanu samoobsługi odbywa się co 30 dni według załącznika nr 10 zarządzenia. Zawarto w nim ponadto zastrzeżenie, że w przypadku gdy pacjent uzyskał więcej niż 40 punktów wg tej skali Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje dalszego pobytu (§ 12). Trafnie podniósł pozwany w skardze, że chybione było odwołanie się przez Sąd do zakazu retroakcji (art. 3 k.c.). Powyższa norma stanowi, że ustawa nie ma mocy wstecznej, chyba że wynika to z jej brzmienia lub celu. Z oczywistych względów, skoro podstawą modyfikacji umowy nie była zmiana przepisów rangi ustawowej, nie mógł on mieć zastosowania w sprawie. Niemniej równoległe odwoływanie się przez Sąd do zasady niezmienności

świadczeń i ochrony praw nabytych pacjentów przebywających w zakładzie na podstawie decyzji administracyjnej, kierujących na pobyt stały, wymaga odniesienia się i do tych kwestii. Punktem wyjścia musi być stwierdzenie że, zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w brzmieniu mającym zastosowanie w sprawie, świadczeniobiorcy na zasadach określonych w ustawie mieli prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Prawo to było zapewnione i finansowane ze środków publicznych, na zasadach i w zakresie określonym w ustawie, także w odniesieniu do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Z ustawowych obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia polegających na zapewnieniu ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych na zasadzie bezpłatności lub częściowej odpłatności, organizowaniu świadczeń i redystrybucji środków finansowych nie można wywieść obowiązku zapłaty za każde świadczenie udzielone ubezpieczonemu. Jego źródłem zawsze musi bowiem być stosunek zobowiązaniowy wynikający z umowy, jednostronnej czynności prawnej, ustawy, aktu administracyjnego lub innych zdarzeń prawnych, ponadto istotą systemu jest limitowane zaspokajanie zmiennych, ale rzeczywiście istniejących, potrzeb świadczeniobiorców. Tych reguł nie zmienia specyfika stacjonarnych publicznych zakładów opieki długoterminowej, kwalifikowany tryb kierowania do nich i fakt, że podstawą przyjęcia jest decyzja administracyjna o skierowaniu na pobyt stały. Nie rodzi ona po stronie skierowanego prawa podmiotowego do nieodpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, ani obowiązku zapewnienia takowych przez zakład. Podstawą świadczeń, wyznaczającą ich maksymalny zakres przedmiotowy, jest bowiem - co do zasady - umowa zawierana pomiędzy NFZ a zakładem jako świadczeniodawcą. Koszty świadczeń, wykraczających poza obowiązki NFZ wynikające z umowy, powinny być pokrywane z własnych środków pacjentów, a w ich braku finansowane w ramach systemu opieki społecznej. Chybione jest odwoływanie się do ochrony praw nabytych. Jakkolwiek, wyprowadzany przez

Trybunał Konstytucyjny z przepisów Konstytucji RP, zakaz pozbawiania obywateli praw podmiotowych i ekspektatyw ukształtowanych przez ustawy, powstałych w wyniku realizacji praw podstawowych oraz zakaz ich ograniczania w stopniu naruszającym istotę danego prawa - bez pełnego ekwiwalentu praw (uprawnień) utraconych - obejmuje także prawa nabyte na podstawie decyzji administracyjnych przyznających świadczenia, to Konstytucja RP nie gwarantuje ani ich nienaruszalności, ani nie uniemożliwia dokonywania uzasadnionych zmian. W szczególności art. 68 Konstytucji RP, mający charakter gwarancyjny, stwierdzając że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a Państwo zapewnia równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wskazuje, że zakres i warunki udzielania świadczeń określa ustawa. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. nie tylko dopuszcza, ale wręcz oparta jest na zasadzie kontraktów, rozliczanych następczo po weryfikacji niezbędności udzielonych świadczeń. Zmiany potrzeb pacjentów, przebywających w zakładach opieki długoterminowej, uzasadniają modyfikację zakresu usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz odpowiednio sposobu i źródeł ich finansowania.

Twierdzenie Sądu Apelacyjnego, że odmowa udzielenia takich świadczeń pacjentom tego wymagającym skutkowałaby zagrożeniem życia lub zdrowia, m.in. w odniesieniu do dwudziestu dwóch pacjentek, których finansowanie leczenia objęte jest sporem, należy uznać za całkowicie dowolne. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w braku cech nagłości i konieczności wykonania zabiegów ratujących życie i zdrowienie nie są objęte bezwzględnym prawnym obowiązkiem świadczenia (art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej), a ewentualne wyjątki uzasadniające odmienną ich kwalifikację nie zostały wskazane.

Uzasadnione podstawy kasacyjne powodują konieczność uchylenia zaskarżonego orzeczenia (art. 398<sup>15</sup> § 1 k.p.c.).

O kosztach postępowania kasacyjnego postanowiono w oparciu o art. 108 § 2 w zw. z art. 398<sup>21</sup> i art. 391 § 1 k.p.c.

Wobec wydania przez Sąd Najwyższy orzeczenia kasatoryjnego rozstrzygnięcie w przedmiocie wniosku restytucyjnego, zgłoszonego w skardze kasacyjnej, zobowiązany jest wydać sąd, któremu została przekazana sprawa do ponownego rozpoznania, w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 marca 2006 r., III CSK 30/06, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 czerwca 2001 r. V CKN 1240/00).