



Sygn. akt IV CSK 383/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 marca 2014 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Krzysztof Strzelczyk (przewodniczący)

SSN Maria Szulc

SSN Katarzyna Tyczka-Rote (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego [...] przeciwko
Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W. K./.../-P./.../ Oddziałowi
Wojewódzkiemu w B.

o ustalenie,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 21 marca 2014 r.,

skargi kasacyjnej strony powodowej

od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 16 stycznia 2013 r.,

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

UZASADNIENIE

Powód - Wojewódzki Szpital Zespolony [...] wystąpił przeciwko pozwanemu Narodowemu Funduszowi Zdrowia w W., Oddziałowi Wojewódzkiemu w B. z powództwem o ustalenie nieważności zapisów § 1 ust. 2 umowy zawartej przez strony w dniu 31 grudnia 2008 r. zobowiązujących powoda do wykonywania umowy zgodnie z § 25 pkt 1 i 9 zarządzenia nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne i § 23 pkt 1 i 10 zarządzenia nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, z uwagi na wydanie tych przepisów bez upoważnienia ustawowego oraz ze względu na ich sprzeczność z art. 14 w zw. z art. 97 ust. 3 pkt. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm., dalej powoływana jako „u.o.ś.o.z.”), art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm., powoływana dalej jako „u.z.o.z.”), art. 5 k.c. oraz § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r., poz. 1447, dalej jako „rozporządzenie z dnia 20 czerwca 2008 r.”). Interes prawny w żądaniu ustalenia powód uzasadnił koniecznością stosowania się do zasad rozliczania świadczeń, których zgodność z prawem kwestionuje i których stosowanie może prowadzić do pomniejszenia świadczeń należnych mu od pozwanego.

Wyrokiem z dnia 25 maja 2011 r. Sąd Okręgowy w B. oddalił powództwo, przyjmując że powód nie wykazał interesu prawnego w żądaniu ustalenia. Wyrok ten został uchylony przez Sąd Apelacyjny w dniu 6 grudnia 2011 r. Sąd Apelacyjny ocenił, że doszło do nierozpoznanie istoty sprawy, którą stanowiło zbadanie, czy wskazane przez powoda zapisy umowy były nieważne ze względu na ich

sprzeczność z ustawami. Po ponownym rozpoznaniu sprawy Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 20 czerwca 2012 r. powtórnie oddalił powództwo.

Sąd ten ustalił, że w dniu 31 grudnia 2008 r. strony zawarły umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne. W § 1 ust. 2 powód zobowiązał się do wykonywania umowy zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 ze zm.). Prezes NFZ wydał w dniu 22 października 2008 r. zarządzenie nr 93/2008/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, a następnie w dniu 3 listopada 2009 r. kolejne zarządzenie (nr 69/2009/DSOZ) w tej sprawie; obydwa zarządzenia mieściły w sobie m. in. postanowienia dotyczące zasad „wykazywania świadczeń do rozliczenia” przez świadczeniodawcę Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Kwestionowane przez powoda postanowienia dotyczą następujących reguł, ujętych w obydwu zarządzeniach, których ma przestrzegać świadczeniodawca przygotowując rozliczenie wykonanych świadczeń:

- 1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opieki zdrowotnej do rozliczenia powinien wykazywać tylko jedną grupę z katalogu grup stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia albo świadczenie z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia lub świadczenie z katalogu radioterapii stanowiącego załącznik 1d do zarządzenia z zastrzeżeniem pkt 2 – 5. (§ 25 pkt 1 rozporządzenia z dnia 22 października 2008 r. i § 23 pkt 1 zarządzenia z dnia 3 listopada 2009 r.);
- 2) jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu schorzenia określonego przez rozpoznanie lub procedurę występująca w charakterystyce danej grupy z katalogu grup wskazanych w załączniku 1a albo z katalogu świadczeń odrębnych z załącznika 1b, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może

być rozwiązany jednorazowo, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie z zastrzeżeniem pkt 11 (§ 23 pkt 10 rozporządzenia z dnia 3 listopada 2009 r., podobnie co do zasady w nieco ogólniej sformułowanym § 25 pkt 9 rozporządzenia dnia 22 października 2008 r.).

Przed podpisaniem umowy powód zapoznał się z warunkami postępowania oraz z warunkami zawierania umów, nie zgłosił zastrzeżeń, przyjął warunki do stosowania i wiedział o tym, że zapisy umowy odsyłają do zarządzeń Prezesa NFZ. Sąd Okręgowy ocenił, że umocowanie ustawowe Prezesa NFZ do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców, wynikające z art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. u.ś.o.z., ma szeroki zakres i mieści w sobie kompetencję do wydawania zarządzeń ustalających m. in. zasady obowiązujące przy rozliczaniu świadczeń, do których odsyła § 1 umowy, wobec czego postanowienia tych aktów są dla powoda wiążące.

Sąd I instancji nie dopatrył się także przesłanek nieważności § 1 umowy stron z powodu jego niezgodności z art. 14 w zw. z art. 97 ust. 3 pkt. 2 u.ś.o.z. Wskazał, że do zakresu działania Funduszu należy zawieranie umów o udzielenie opieki zdrowotnej a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, co nie wyklucza uprawnień do ustalania przez NFZ zasad, według których świadczeniodawcy mają przedstawiać świadczenia do rozliczenia. W dniu zawarcia przez strony umowy obowiązywał art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r, nr 14, poz. 89, uchylony na mocy przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r.), zgodnie z którym publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym (...) na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Powód zarzucał, że kwestionowane przez niego zapisy zarządzeń Prezesa NFZ ograniczają należne mu środki finansowe, gdyż w przypadku udzielania więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opieki zdrowotnej, do rozliczenia powinien wskazywać tylko jedną grupę z katalogu grup. Sąd Okręgowy uznał jednak, że określenie zasad rozliczeń nie stanowi ograniczenia przekazywanych powodowi

środków finansowych, a w wypadku niezapłacenia przez Fundusz za wykonane świadczenia, powodowi przysługuje roszczenie o zapłatę. Sąd Okręgowy nie stwierdził też sprzeczności postanowień obu zarządzeń Prezesa NFZ z § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Paragraf 3 tego rozporządzenia odnosi się do ewidencjonowania danych dotyczących udzielonego świadczenia zdrowotnego, w tym uzyskiwania przez NFZ szczegółowych informacji na temat udzielonych przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych, celem ich skatalogowania. Sąd zwrócił też uwagę, że w § 1 umowy stron zawarte zostało odesłanie do zarządzeń Prezesa NFZ i do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. Zarzut sprzeczności § 25 pkt 1 i 9 zarządzenia Prezesa NFZ z 22 października 2009 r. oraz z § 23 pkt 1 i 10 zarządzenia Prezesa NFZ z 3 listopada 2009 r. z § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. Sąd uznał za nieuzasadniony, ponieważ przepisy te określają szczegółowe zasady postępowania w sprawie rozliczenia udzielonych przez szpital świadczeń zdrowotnych. Sąd nie dopatrył się też przesłanek do stwierdzenia nieważności § 1 ust. 2 umowy stron z powodu jego sprzeczności z zasadami współzycia społecznego lub społeczno-gospodarczym przeznaczeniem prawa. Argumentował, że powód nie wyjaśnił na czym polega sprzeczność zakwestionowanego postanowienia umowy z art. 5 k.c. i zaznaczył, że zgodnie z art. 137 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych projekt zarządzenia prezesa NFZ dotyczący ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierający w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny, sposób finansowania oraz warunki ich udzielania jest uzgadniany z Ministrem Zdrowia i innymi organizacjami wymienionymi w tym przepisie. Również zarządzenia prezesa NFZ wydawane na podstawie art. 146 ustawy wymagają zasięgnięcia opinii właściwych konsultantów krajowych.

Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 16 stycznia 2013 r. oddalił apelację powoda, stając na stanowisku, że powód nie wykazał interesu prawnego

w żądaniu ustalenia nieważności zakwestionowanych postanowień umowy, skoro może wytoczyć przeciwko pozwanemu powództwo o zapłatę należności, które uznaje za należne lecz nieuwzględnione przez pozwanego. Zdaniem Sądu w procesie o zapłatę znajdzie się miejsce na kwestionowanie ważności postanowień umownych i zbadanie zasadności zarzutów prawnych podnoszonych przez skarżącego. Mając na uwadze dotychczasowy przebieg postępowania, w toku którego pierwotnie uchylony został wyrok Sądu pierwszej instancji oddalający powództwo z tej właśnie przyczyny, Sąd Apelacyjny stwierdził, że uchylając wyrok do ponownego rozpoznania nie zajął jednoznacznego stanowiska co do występowania interesu prawnego po stronie powoda, wobec czego może obecnie przyjąć, że interes ten nie został wykazany.

Dodatkowo Sąd Apelacyjny pokrótce odniósł się do zarzutów merytorycznych podniesionych w apelacji, stwierdzając, że podziela argumentację prawną Sądu Okręgowego i jego wnioski, wobec czego nie zachodzi potrzeba ich powtarzania. Uzupełniając zaznaczył jedynie, że warunki zawierania umów wiążą strony nie jako powszechnie obowiązujące źródło prawa lecz jako część umowy, oraz że nie podziela poglądu, iż zapisy § 25 pkt 1 i 9 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. i § 23 pkt 1 i 10 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r. ograniczają wysokość środków finansowych należnych powodowi za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jego zdaniem postanowienie wyłączające dopuszczalność przedstawienia przez powoda jako oddzielnych świadczeń pobytów w szpitalu tego samego pacjenta z tą samą jednostką chorobową w odstępach mniejszych niż 14 dni nie budzą zastrzeżeń, ponieważ tak szybka ponowna hospitalizacja uzasadnia przypuszczenie, że wcześniejsze leczenie nie było właściwe, a liczenie takich pobytów jako oddzielnych świadczeń mogłoby prowadzić do nadużyć.

W skardze kasacyjnej powód zarzucił naruszenie prawa materialnego przez błędną wykładnię art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 u.ś.o.z. polegającą na uznaniu tego przepisu za delegację ustawową dla Prezesa NFZ do określenia w drodze zarządzenia merytorycznych warunków rozliczania świadczeń zdrowotnych, podczas gdy do ustalania warunków udzielania świadczeń uprawniony jest, na podstawie art. 137 tej ustawy, jedynie Minister Zdrowia, który określa je w drodze

rozporządzenia; niewłaściwe zastosowanie art. 189 k.p.c. spowodowane przyjęciem, że powód nie ma interesu prawnego usprawiedliwiającego wytoczenie powództwa o ustalenie, a ponadto błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie art. 58 § 1 i 3 w zw. z art. 14 w zw. z art. 97 ust. 3 pkt 2 u.ś.o.z. oraz art. 33 ust. 1 u.z.o.z. polegające na stwierdzeniu, że zaskarżone przez powoda zapisy w zarządzeniach Prezesa NFZ nie są sprzeczne z ustawą i z tego powodu nieważne.

We wnioskach skarżący domagał się uchylecia zaskarżonego wyroku oraz wyroku Sądu pierwszej instancji w całości i przekazania sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania oraz zasądzenia od pozwanego zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.

Pozwany wniósł o oddalenie skargi kasacyjnej i zasądzenie zwrotu kosztów procesu na jego rzecz.

W sprawie swoje stanowisko wyraził Prokurator Generalny, który stwierdził, że skarga kasacyjna powinna być oddalona.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Z uwagi na to, że przyczyną oddalenia apelacji powoda przez Sąd Apelacyjny było stwierdzenie, iż powód nie wykazał interesu prawnego w zgłoszeniu powództwa o ustalenie, jako pierwszy rozważyć należy zarzut niewłaściwego zastosowania art. 189 k.p.c. Powód domagał się ustalenia nieważności dwóch postanowień umowy precyzujących sposób przygotowania i zawartość przedmiotową dokumentacji przedstawianej przez niego pozwanemu, jako podstawy do uzyskania wynagrodzenia za spełnione w ramach tej umowy świadczenia opieki zdrowotnej. Argumentował, że postanowienia te mogą rzutować na wysokość wynagrodzenia, jakie otrzyma, ponieważ ograniczają zakres świadczeń, które ma prawo umieścić w rozliczeniu. Oznacza to, że za świadczenia, które wykonał, lecz których nie może ująć w zestawieniu świadczeń do rozliczenia, nie otrzyma wynagrodzenia. Powództwo dotyczy więc ustalenia, jaka jest treść obowiązków powoda, mających wprowdzieć wpływ na uzyskane przez niego wynagrodzenie, jednak powstających wcześniej i związanych przede wszystkim z etapem przygotowywania przez niego dokumentacji rozliczeniowej.

Dokumentacja taka zbierana i zestawiana jest cyklicznie, ponieważ umowa stron zakładała długi okres i ciągłość udzielania świadczeń, rozliczanych na bieżąco, a nie jednorazowe świadczenie, wynagradzane całościowo. Wprawdzie Sąd Apelacyjny ma rację, że zazwyczaj możliwość dochodzenia świadczenia uznawana jest za skuteczniejszą i właściwszą drogę ochrony praw strony, która wyłącza jej interes w żądaniu ustalenia prawnych przesłanek, z których świadczenie to wynika, jednak jest tak tylko wówczas, kiedy w drodze sporu o świadczenie zaspokojone mogą być wszystkie roszczenia. Jeśli natomiast ze spornego stosunku prawnego lub prawa wynikać mogą dalsze jeszcze, przyszłe roszczenia, a powództwo o ustalenie spowoduje usunięcie wątpliwości co do treści tego stosunku i zasad jego wykonywania, wyjaśniając i stabilizując pozycję stron, należy przyjąć, że interes prawny w żądaniu ustalenia występuje (por. uchwałę składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1970 r., III PZP 34/69, OSNCP 1970/12/173, postanowienie tego Sądu z dnia 8 czerwca 1998 r., I CKN 636/97, OSNC 1999/1/14, czy wyrok z dnia 12 kwietnia 2004 r., II CK 125/03, OSP 2005/2/23). W orzecnictwie utrwalił się pogląd, że istnienie interesu prawnego w uzyskaniu ochrony, jaką zapewnia powództwo o ustalenie, oceniane być musi elastycznie, przez pryzmat konkretnych okoliczności i przy uwzględnieniu celowościowej wykładni tego pojęcia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 stycznia 2004 r., II CK 387/02, nie publ.). W rozpatrywanej sprawie sporny jest między stronami sposób sporządzania przez powoda akceptowanej przez pozwanego dokumentacji rozliczeniowej. Konsekwencją ustalenia czy postanowienia umowy są w tym zakresie ważne będzie usunięcie wątpliwości, mogących prowadzić do sporu o poszczególne świadczenia. Stanowiska Sądu Apelacyjnego, sprzecznego przy tym z jego własnym poglądem prawnym jednoznacznie sformułowanym w uzasadnieniu wcześniejszego wyroku uchylającego i przekazującego sprawę do ponownego rozpoznania, że powód nie wykazał swojego interesu prawnego w wytoczeniu powództwa o ustalenie nie można więc podzielić.

Pozostałe zarzuty skargi kasacyjnej odnoszą się do merytorycznych podstaw, w oparciu o które powód kwestionuje ważność postanowień umowy, ograniczających możliwość przedstawiania do rozliczenia niektórych świadczeń.

Sąd Apelacyjny w uzasadnieniu wyroku ogólnikowo omówił zarzuty apelacji dotyczące tego aspektu sprawy wyjaśniając, że podziela stanowisko Sądu pierwszej instancji, które uzupełnił jednym argumentem, mającym wskazywać, że kwestionowane przez powoda postanowienie o jednorazowym przedstawieniu do rozliczenia świadczeń wykonywanych w trakcie dwóch hospitalizacji pacjenta w odstępie nie większym niż 14 dni ma usprawiedliwione podstawy i cele. Sąd Okręgowy natomiast przyjął, że zastrzeżenia powoda do ważności postanowień umownych są nieuzasadnione, ponieważ Prezes NFZ w ramach upoważnienia udzielonego mu w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 u.ś.o.z. był uprawniony do wydania zarządzenia i oznaczenia w nim również zasad przedstawiania wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej do rozliczenia, zasady te zostały włączone do umowy zgodnym oświadczeniem stron i nie pozostają w sprzeczności z ustanowionymi w art. 14 w zw. z art. 97 ust. 3 pkt 2 u.ś.o.z. oraz art. 33 ust. 1 u.z.o.z. obowiązkami Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych. Nie pozostają też w niezgodzie z postanowieniami dotyczącymi obowiązków informacyjnych ciążyących na świadczeniodawcach, wynikających z § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Sąd nie stwierdził również sprzeczności postanowień z zasadami współżycia społecznego, zwracając uwagę, że powód nie sprecyzował naruszonej zasady.

W skardze kasacyjnej powód ograniczył zarzuty do błędów w wykładni upoważnienia Prezesa NFZ wynikającego z art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 u.ś.o.z. oraz do prawidłowości wykładni i zastosowania art. 14 w zw. z art. 97 ust. 3 pkt 2 u.ś.o.z. oraz art. 33 ust. 1 u.z.o.z., z nimi łącząc zarzut wadliwego niezastosowania art. 58 § 1 i 3 k.c.

Artykuł 33 ust. 1 u.z.o.z. ustanawia zasadę, że świadczenia, jakich publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela osobom uprawnionym do nich na podstawie odrębnych przepisów, finansowane są ze środków publicznych, a podmiotami zobowiązanymi do finansowania tych świadczeń są właściwi ministrowie lub Narodowy Fundusz Zdrowia (art. 14 u.ś.o.z.). Fundusz zawiera i rozlicza umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 97 ust. 3 pkt 2 u.s.o.z.). Podstawą spełniania przez zakład opieki zdrowotnej świadczeń przewidzianych w art. 33 ust. 1 u.z.o.z. jest – zgodnie z art. 132 ust. 1 u.ś.o.z. - umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ. Umowa ta, co uznać można obecnie za pogląd powszechnie akceptowany, jest pozakodeksową umową cywilnoprawną, do której stosują się ogólne zasady prawa cywilnego (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 października 2008 r., V CSK 139/08, nie publ. poza bazą Lex nr 602330 i powołane w nim orzecznictwo). Tryb zawierania tej umowy i jej treść precyzują przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisy 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). Rozporządzenie Ministra Zdrowia jest aktem normatywnym, wykonawczym, wydanym, na podstawie delegacji ustawowej z art. 137 ust. 9 w zw. z ust. 1 u.ś.o.z. i wiąże strony umowy na równi z postanowieniami ustawy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2010 r., III CSK 93/10, nie publ. poza baza Lex nr 1001312). Zakres upoważnienia udzielonego Ministrowi Zdrowia obejmuje w szczególności określenie rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, sposobu ich wyceny, sposobu finansowania oraz warunków ich udzielania. Procedura poprzedzająca ustanowienie tego aktu, określona w art. 137 u.ś.o.z., przewiduje przygotowanie projektu przez Prezesa NFZ, a następnie szereg uzgodnień w trybie negocjacji prowadzonych z organizacjami świadczeniodawców. Nie może więc budzić wątpliwości, że w zakresie, w jakim ustawodawca przekazał ministrowi uprawnienie do ustanowienia ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o charakterze aktu powszechnie obowiązującego, nie ma podstaw do przypisania w drodze rozszerzającej wykładni uprawnień o tym charakterze innym podmiotom, zaś postanowienia aktu wykonawczego mieszczące się w granicach delegacji wiążą ich adresatów. Skarżący ma rację, że art. 146 ust. 1 u.s.o.z., który uprawnia Prezesa NFZ do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców nie może być interpretowany jako dający uprawnienie do wkraczania w zakres merytorycznej

treści umowy, przez ustanawianie obowiązków świadczeniodawcy, które wprost lub pośrednio kształtować będą jej postanowienia w sposób sprzeczny z zasadami wynikającymi z ustawy i rozporządzenia Ministra Zdrowia. Wprowadzenie takich postanowień może prowadzić do sprzeczności umowy (jej poszczególnych postanowień) z prawem. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z założenia jest umową odpłatną, co wynika z art. 33 ust. 1 u.z.o.z., przy czym źródłem finansowania świadczeń są środki publiczne. Do koniecznych postanowień tej umowy należy określenie zasad rozliczeń między Funduszem a świadczeniodawcami (art. 136 pkt 4 u.ś.o.z.), przy czym obowiązujące w tym zakresie reguły określają postanowienia rozdziału 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., przewidujące rozliczenia (§ 16) według stawki kapitacyjnej rocznej, według ceny jednostkowej rozliczeniowej lub ryczałtowej. W wypadku świadczeń rozliczanych według stawki jednostkowej jednostki rozliczeniowej (§ 18 ust. 1 i 2 rozporządzenia) należności ustalane są jako iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych odpowiadających określonym świadczeniom i jednostkowej ceny rozliczeniowej przy uwzględnieniu współczynnika korygującego, który ustala Prezes Funduszu jako mnożnik dla poszczególnych świadczeń (§ 1 pkt 16 rozporządzenia). Ceny poszczególnych świadczeń lub odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony (§ 15 ust. 1), punktem wyjścia tych uzgodnień jest cena z oferty podmiotu ubiegającego się o zawarcie umowy (§ 15 ust. 2), zaś prezes Funduszu uprawniony jest na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 u.s.o.z. do określenia jednostek rozliczeniowych dla poszczególnych świadczeń i wyceny świadczeń w tych jednostkach (§ 15 ust. 3 rozporządzenia). Przyjętą zasadą jest zatem odpłatność za każde świadczenie spełnione w ramach umowy. Przewidziane w art. 146 u.ś.o.z. uprawnienia Prezesa NFZ dotyczące określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki medycznej oraz warunki wymagane od świadczeniodawców muszą być interpretowane przy uwzględnieniu postanowień rozdziału 3 rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r., który dookreśla pojęcie warunków wymaganych od świadczeniodawców i łączy je ze standardami jakościowymi, organizacyjnymi i technicznymi wykonywania świadczeń. Przedmiot postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej precyzują z kolei art. 139

i nast. u.ś.o.z. Przedmiot ten stanowi zawarcie umowy o wykonywanie skonkretyzowanych świadczeń na określonych warunkach i za oznaczoną odpłatnością. Nie oznacza to jednak dowolności w formułowaniu treści umowy. W orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego ukształtował się pogląd, który należy podzielić, że określenie warunków wymaganych od uczestników konkursu ofert na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej nie kreuje praw ani obowiązków jego uczestników lecz tylko wskazuje adresatów, którzy mogą wziąć udział w konkursie (por. wyrok NSA z dnia 25 maja 2011 r., II GSK 519/10, <http://orzeczenia.nsa.gov.pl>).

Przeprowadzona przez Sądy obu instancji ocena postanowień umownych oparta została na odmiennych założeniach, ponadto nie została poprzedzona kompleksowym ustaleniem treści postanowień umowy łączącej strony, mimo że nawet kwestionowane postanowienia zawierają w swej treści informację o tym, iż dopuszczają wyjątki. Nie jest więc możliwe stwierdzenie, czy wskazane przez skarżącego postanowienia umowne uznać można za sprzeczne z ustawą lub mające na celu jej obejście.

W konsekwencji konieczne było uchylenie zaskarżonego wyroku na podstawie art. 398¹⁵ § 1 k.p.c. i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Orzeczenie o kosztach procesu wynika z treści art. 398²¹ w zw. z art. 391 § 1 i art. 108 § 2 k.p.c.