



Sygn. akt I CSK 75/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 października 2017 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marta Romańska (przewodniczący)
SSN Paweł Grzegorzczak (sprawozdawca)
SSN Bogumiła Ustjanicz

w sprawie z powództwa A. S.A. w U.
przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w K.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 13 października 2017 r.,
skargi kasacyjnej powoda od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)
z dnia 5 września 2016 r., sygn. akt VI ACa (...),

- 1. oddala skargę kasacyjną;**
- 2. oddala wniosek pozwanego o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

A. Spółka Akcyjna w U. wytoczyła przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia (...) Oddziałowi Wojewódzkiemu w K. pozew o zapłatę kwoty 4 809 096 zł z odsetkami szczegółowo wskazanymi w *petitum* pozwu z tytułu wynagrodzenia

należnego na podstawie art. 19 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm., dalej - „u.ś.o.z.”).

Sąd pierwszej instancji - Sąd Okręgowy w W. ustalił, że powódka jest podmiotem, który założył Kliniki Serca (...). W okresie od czerwca do grudnia 2010 r. powódka, w ramach prowadzonego przez siebie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej w S., działając bez zawartej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z pozwanym, udzielała świadczeń z zakresu kardiologii, wystawiła za nie faktury i zwróciła się do pozwanego o ich zapłatę, powołując się na art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jedn. tekst: Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 - obecnie uchylona) oraz art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (jedn. tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 125, dalej - „u.z.l.l.d.”). Należący do powódki zakład, który udzielał świadczeń zdrowotnych, mieścił się w tym samym budynku, w którym znajdował się publiczny zakład opieki zdrowotnej w S., dysponujący umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii. Zakład ten w czasie objętym żądaniem pozwu był gotowy udzielać tych świadczeń.

Oceniając spór, Sąd Okręgowy stwierdził, że nie wszystkie świadczenia, za które zapłaty dochodziła powódka, wyczerpywały przesłanki świadczeń ratujących zdrowie i życie, które winny zostać udzielone bez zbędnej zwłoki. Podniósł także, że powódka nie udowodniła kosztów udzielonych świadczeń. Sąd odwołał się w tej mierze do 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. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194), wskazując, że prowadzona według tego aktu ewidencja powinna pozwolić na określenie kosztu poniesionego przez zakład opieki zdrowotnej w związku z realizacją określonego świadczenia. Zarazem jednak zwrócił uwagę, że w praktyce świadczeniodawcy określają wynagrodzenie za świadczenia realizowane bez zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej - „Fundusz”) w odniesieniu do cen proponowanych przez Fundusz w ramach umów o udzielanie świadczeń, co nie odpowiada art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., ponieważ ceny skalkulowane przez Fundusz nie odnoszą się do rzeczywistego, uzasadnionego

kosztu świadczenia w konkretnych sytuacjach, których dotyczy roszczenie o zapłatę. W związku z tym, Sąd Okręgowy uznał, że powódka nie wykazała zasadności i prawidłowości obliczenia kwot żądanych w pozwie, a zatem nie udowodniła wysokości dochodzonego roszczenia.

Sąd Okręgowy odwołał się również do art. 5 k.c. zwracając uwagę, że powódka, wiedząc, iż w tym samym budynku, w którym ma siedzibę, znajduje się publiczny zakład opieki zdrowotnej (szpital) gotowy do udzielania świadczeń z zakresu kardiologii na podstawie umowy z Funduszem, nie informowała pacjentów o tym, że trafili oni do placówki niepublicznej, nieposiadającej umowy z Funduszem. Postępowanie to było w ocenie Sądu nieetyczne, w świetle kodeksu cywilnego stanowiło natomiast wyraz czynienia ze swego prawa użytku sprzecznego z zasadami współżycia społecznego, a przez to nie zasługiwało na ochronę prawną.

Wychodząc z tych założeń, Sąd Okręgowy, wyrokiem z dnia 18 marca 2013 r. oddalił powództwo w całości.

Na skutek apelacji powódki sąd drugiej instancji - Sąd Apelacyjny w (...) zmienił zaskarżone orzeczenie w części i zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 2 852 866,94 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 18 listopada 2015 r. do dnia zapłaty.

Sąd Apelacyjny, orzekając na podstawie materiału dowodowego zebranego przez Sąd pierwszej instancji i uzupełnionego w postępowaniu apelacyjnym, wskazał, że zasadą jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez świadczeniodawców mających zawartą umowę z Funduszem, co wynika z art. 132 ust. 1 u.ś.o.z. Wyjątek od tej reguły przewiduje art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., zgodnie z którym świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym; wynagrodzenie to uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń. Unormowanie to jest uwarunkowane przede wszystkim prawem pacjenta do otrzymania świadczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia, żadne bowiem okoliczności nie mogą uzasadniać odmowy udzielenia świadczenia, jeżeli osoba zgłaszająca się do zakładu opieki zdrowotnej

potrzebuje pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Z uprawnieniem tym jest związany obowiązek lekarza do udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 30 u.z.l.l.d.).

Wyjaśniając pojęcie „stan nagły” Sąd Apelacyjny, odwoławszy się do doktryny i orzecznictwa przyjął, że chodzi o stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia. Uznał przy tym, że ocena, iż określone świadczenie jest świadczeniem udzielonym w stanach nagłych, nie jest elementem ustaleń faktycznych, lecz oceną prawną. Idąc tym torem, Sąd przyjął, że w przypadku pacjentów, co do których w ocenie biegłych możliwe było przekazanie do innego ośrodka, nie można było mówić o udzieleniu świadczeń w stanie nagłym. Skoro pacjent po konsultacji z lekarzem i otrzymaniu skierowania do szpitala nie musiał być poddany zabiegom niezwłocznie, a nawet nie w tym samym dniu, oznacza to, że jego stan nie uzasadniał takiej kwalifikacji, a udzielone takiemu pacjentowi świadczenie nie spełniało przesłanek refundacji, określonych w art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. W przypadku pacjentów, co do których biegli stwierdzili, że dokonanie zabiegu w innym ośrodku było niemożliwe, powódka była obowiązana podjąć niezbędne działania celem ratowania życia lub zdrowia i w zakresie świadczeń udzielonych tym pacjentom powódce należy się refundacja kosztów.

Co się tyczy wysokości kosztów Sąd Apelacyjny zauważył, że użyte w art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. pojęcie „uzasadnione koszty” nie zostało zdefiniowane, dlatego też ustalenie, jakie koszty spełniają to kryterium, wymaga oceny na tle konkretnego stanu faktycznego. W okolicznościach sprawy Sąd miał na względzie, że od czerwca do grudnia 2010 r. powódka nie posiadała innych pacjentów, niż osoby, za których leczenie domagała się refundacji kosztów. Wszystkie zatem koszty, jakie poniosła w tym czasie, były związane z leczeniem tych właśnie pacjentów. Funkcjonowanie szpitala było determinowane udzielaniem świadczeń medycznych chorym, od których nie pobierano opłat, wśród których znaczącą część stanowili pacjenci zgłaszający się do szpitala w stanie nagłego, bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia i wymagający natychmiastowego

udzielenia pomocy medycznej. W tym stanie rzeczy, zdaniem Sądu Apelacyjnego uzasadnione było wyliczenie kosztów udzielonych świadczeń przy wykorzystaniu metody zaproponowanej przez powódkę, tj. na podstawie zasad przyjętych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 69/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (dalej - „zarządzenie nr 69/2009/DSOZ”). Metoda ta polegała na wyliczeniu średniego kosztu wykonania punktu JGP w szpitalu powoda w S. na podstawie wysokości wszystkich poniesionych kosztów niezbędnych do udzielania świadczeń, a następnie przemnożeniu wyliczonego w ten sposób kosztu jednego punktu przez liczbę punktów JGP przewidzianych dla konkretnego świadczenia w powołanym zarządzeniu. W ocenie Sądu metoda ta znajdowała uzasadnienie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (jedn. tekst: Dz. U. z 2015 r., poz. 1126). Akt ten mógł znaleźć zastosowanie jedynie pomocniczo, gdyż nie obowiązywał w okresie, którego dotyczy niniejsza sprawa. Stanowi on jednak, jak zauważył Sąd, jedyny obowiązujący w Polsce akt prawny, który w sposób kompleksowy reguluje kwestię określania kosztów udzielania świadczeń medycznych przez zakłady opieki zdrowotnej.

Sąd Apelacyjny uznał, że wyliczenie przedstawione w tym zakresie przez stronę powodową zostało sprawdzone przez biegłego pod względem zgodności z księgowością, a zarazem brakowało podstaw, aby przyjąć, że ewidencja powódki zawiera dane niezgodne z prawdą. W ten sposób został ustalony koszt świadczenia (jako całości) udzielonego każdemu z pacjentów. Wyliczając sumę tych kosztów Sąd uwzględnił jedynie koszty świadczeń udzielonych pacjentom, w stosunku do których powódka obowiązana była podjąć niezbędne działania celem ratowania życia lub zdrowia. Uzasadnione koszty świadczeń udzielonych tym pacjentom wyniosły 2 852 866,94 zł, co prowadziło do uwzględnienia powództwa w tym zakresie i oddalenia apelacji w pozostałej części. Rozstrzygnięcie dotyczące odsetek ustawowych za opóźnienie Sąd oparł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c., przyjmując za datę początkową naliczania odsetek datę doręczenia pozwanemu odpisu opinii biegłych sporządzonej w postępowaniu apelacyjnym, ponieważ

wówczas pozwany uzyskał wiedzę, którym pacjentom udzielono świadczeń w warunkach określonych w art. 19 ust. 1 w związku z art. 19 ust. 4 i art. 1 pkt 33 u.ś.o.z. w związku z art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (jedn. tekst: Dz. U. z 2016 r., poz. 1868).

Wyrok Sądu drugiej instancji zaskarżyła skargą kasacyjną powódka w zakresie punktu II podpunkt „a” wyroku, co do daty, od której należało liczyć bieg odsetek ustawowych od zasądzonej kwoty, zarzucając naruszenie art. 481 § 1 k.c. w związku z art. 19 ust. 4-6 u.ś.o.z. i art. 455 k.c. Na tej podstawie skarżąca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części w ten sposób, aby sformułowanie „z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 18 listopada 2015 r.” zastąpić zwrotem „z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 5 maja 2011 r.”

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna powódki dotyczyła wyłącznie roszczenia odsetkowego należnego - w ocenie powódki - nie od dnia 18 listopada 2015 r., jak stwierdził Sąd Apelacyjny, lecz od dnia 5 maja 2011 r., tj. od dnia doręczenia pozwanemu nakazu zapłaty wraz z pozwem w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, do dnia zapłaty. Poza rozpoznaniem w postępowaniu kasacyjnym pozostawała zatem zasadność dochodzonego przez powódkę roszczenia głównego, a w konsekwencji kwestia wykładni i spełnienia przez powódkę, w części uwzględnionej wyrokiem Sądu Apelacyjnego, ustawowych warunków wypłaty wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. co do wymagania, aby świadczenia były udzielone w stanie nagłym i w niezbędnym zakresie, oraz aby świadczeniodawca wykazał uzasadnione koszty ich udzielenia, a także prawidłowość metody wyliczenia tych kosztów.

Zarzucając naruszenie art. 481 § 1 k.c. w związku z art. 19 ust. 4-6 u.ś.o.z. i art. 455 k.c. powódka zmierzała do wykazania, że Sąd Apelacyjny błędnie powiązał początkową datę naliczania odsetek za opóźnienie z doręczeniem pozwanemu opinii biegłego w postępowaniu przed Sądem drugiej instancji. Zdaniem powódki, w okolicznościach sprawy powinien znaleźć zastosowanie art. 455 k.c., ponieważ art. 19 u.ś.o.z. nie wyznacza terminu zapłaty ani nie wynika

on z właściwości zobowiązania. Powódka uznała za wystarczający termin 14 dniowy od dnia doręczenia pozwanemu wezwania w postaci wniosku, o którym stanowi art. 19 ust. 5 u.ś.o.z., niemniej jednak, w celu ujednolicenia roszczenia, powódka domagała się uwzględnienia roszczenia odsetkowego od dnia doręczenia pozwanemu nakazu zapłaty wraz z pozwem.

Zgodnie z art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenia udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym, przy czym należne wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń. W celu uzyskania wynagrodzenia świadczeniodawca powinien złożyć wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń (art. 19 ust. 5 u.ś.o.z.). Przepis ten, jak trafnie zauważył Sąd Apelacyjny, stanowi wyjątek od ustawowej reguły udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy zawartej z Funduszem, wiążącej się z przyjętym kontraktowym modelem udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 132 ust. 1 i 4 u.ś.o.z.). Wyjątek ten odpowiada ustawowemu obowiązkowi udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie zagrożenia życia lub zdrowia (art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jedn. tekst: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm., dawniej art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej; ponadto art. 30 u.z.l.l.d.). Założeniem art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. jest to, że koszty udzielenia takich świadczeń przez podmiot niezwiązany umową z Funduszem nie powinny obciążać tego podmiotu, jako ratującego życie lub zdrowie w warunkach prawem ustanowionego przymusu, lecz Fundusz jako organizatora systemu opieki zdrowotnej oraz podmiot finansujący świadczenia ze środków publicznych.

W orzecznictwie utrwalilo się stanowisko, że organizując system opieki zdrowotnej przez zawieranie umów ze świadczeniodawcami Fundusz posługuje się instrumentami prawa cywilnego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 maja 2005 r., I CK 691/04, niepubl. i z dnia 5 lipca 2007 r., II CSK 141/07, niepubl., a także - odpowiednio - wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 r., IV CKN 393/01, niepubl.; por. też art. 155 u.ś.o.z.). Charakter cywilnoprawny należało przypisać również wynagrodzeniu, do którego zapłaty ustawowo obowiązany jest Fundusz na podstawie art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. W konsekwencji, stosownie do art. 481

§ 1 k.c., w razie opóźnienia w zapłacie tego wynagrodzenia podmiotowi, który udzielił świadczenia w warunkach określonych w tym przepisie, należą się odsetki za czas opóźnienia.

Przepis art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. nie określa terminu, w jakim powinna nastąpić zapłata wynagrodzenia. Termin ten nie wynika w tym przypadku również z właściwości zobowiązania; nie ma w szczególności podstaw, aby uznać, że roszczenie o zapłatę wynagrodzenia staje się wymagalne już z chwilą zrealizowania świadczenia zdrowotnego w warunkach określonych w art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. Rozwiązanie takie kolidowałoby ponadto z art. 19 ust. 5 u.ś.o.z., który uzależnia wypłatę od wniosku świadczeniodawcy. Należało zatem przyjąć jako zasadę, że świadczenie, do którego spełnienia obowiązany jest Fundusz, ma charakter świadczenia bezterminowego, które powinno zostać zrealizowane niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do spełnienia świadczenia, z tym zastrzeżeniem, że rolę wezwania, o którym stanowi art. 455 k.c., spełnia w tym przypadku wniosek składany do Funduszu na podstawie art. 19 ust. 5 u.ś.o.z. Wezwanie, w celu sprowadzenia stanu wymagalności roszczenia świadczeniodawcy, powinno zatem odpowiadać wymaganiom określonym w art. 19 ust. 5 u.ś.o.z., tj. powinien zostać do niego dołączony rachunek, wykaz udzielonych świadczeń i ich kosztów oraz pisemne przedstawienie okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych (por. uchwałę Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 1992 r., III CZP 56/92, OSNC 1992, nr 12, poz. 219).

Wymagania te wiążą się założeniem, że wynagrodzenie na podstawie art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. przysługuje przy założeniu spełnienia dwóch przesłanek - medycznej - związanej z istnieniem stanu nagłego w rozumieniu art. 19 w związku z art. 1 pkt 33 u.ś.o.z. i art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, i finansowej, związanej z tym, że wypłacane przez Fundusz wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń. Konieczność przedłożenia wykazu świadczeń i pisemnego opisu okoliczności ich udzielenia służy tym samym dostarczeniu Funduszowi informacji pozwalających na podjęcie działań w celu kontroli przesłanki stanu nagłego, na zasadach przewidzianych w art. 19 ust. 6

u.ś.o.z. Z tej samej perspektywy należy postrzegać wymaganie dołączenia do wniosku wykazu kosztów udzielonych świadczeń - chodzi o umożliwienie Funduszowi weryfikacji wykazanych przez świadczeniodawcę elementów kosztowych w celu zbadania, czy mieszczą się one w pojęciu kosztów uzasadnionych w rozumieniu art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. Koszty te zależą bowiem nie tylko od rodzaju udzielonego świadczenia zdrowotnego, lecz także od charakteru i sposobu funkcjonowania świadczeniodawcy, a także od okoliczności, w jakich zostało udzielone konkretne świadczenie. Dochowanie wskazanych wymagań warunkuje możliwość realizacji przez Fundusz obowiązku wypłaty wynagrodzenia, a tym samym skuteczne postawienie tego obowiązku w stan wymagalności. Należy przy tym mieć na względzie, że pacjent, któremu udzielane jest świadczenie w stanie nagłym, ma prawo do świadczenia (opieki) z zachowaniem wszelkich standardów opieki świadczonej przez podmiot, do którego trafia w celu udzielenia świadczenia.

Zapłata wynagrodzenia przez Fundusz powinna nastąpić niezwłocznie po doręczeniu wniosku o wypłatę wynagrodzenia odpowiadającego omówionym wcześniej wymaganiom, po upływie tego terminu świadczenie staje się wymagalne i powstaje stan opóźnienia uzasadniający żądanie odsetek za opóźnienie (art. 481 § 1 k.c.). Odrębną sprawą jest ocena, kiedy w rozważanej sytuacji można mówić o spełnieniu świadczenia niezwłocznie, jak tego wymaga art. 455 k.c. W orzecznictwie trafnie przyjęto, że wymaganie to nie jest tożsame z koniecznością natychmiastowego działania, chodzi natomiast o termin obiektywnie realny, oceniany z uwzględnieniem ogółu okoliczności sprawy i należytej staranności dłużnika (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 grudnia 2006 r., II CSK 293/06, niepubl., z dnia 11 lutego 2010 r., I CSK 262/09, niepubl., i z dnia 26 kwietnia 2017 r., I CSK 408/16, niepubl.). W rozważanym kontekście dostrzec należało zwłaszcza, że ustawodawca przyznał podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń prawo kontroli zasadności wniosku (art. 19 ust. 6 u.ś.o.z.), która z istoty rzeczy musi trwać pewien czas. W konsekwencji przy ocenie, czy zapłata wynagrodzenia nastąpiła bez zwłoki, należy mieć na względzie okoliczności, które rzutują na czas konieczny do przeprowadzenia tej kontroli, jeżeli Fundusz skorzysta z tego uprawnienia. Mieszczą się wśród nich z jednej strony liczba

świadczeń objętych wnioskiem, zakres informacji przekazanych przez świadczeniodawcę wraz z wnioskiem, a także stopień skomplikowania oceny przesłanki medycznej, z drugiej zaś to, że działania kontrolne wobec świadczeniodawców i analiza kosztowa świadczeń opieki zdrowotnej należą do typowych ustawowych zadań Funduszu (art. 64 i art. 97 ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z.), jako organizatora systemu opieki zdrowotnej, a tym samym trzeba zakładać, że dysponuje on zasobami osobowymi i odpowiednimi procedurami pozwalającymi na sprawne i bieżące weryfikowanie wniosków.

Odnosząc te rozważania do okoliczności sprawy, należało podzielić argumentację skargi kasacyjnej, że Sąd Apelacyjny nieprawidłowo powiązał początkową datę naliczania odsetek za opóźnienie z doręczeniem stronie pozwanej opinii biegłych M.W. i M.B., uznając, że pozwany uzyskał wówczas wiedzę, któremu z pacjentów udzielono świadczenia w stanie nagłym. Jak wynika z materiału sprawy, powódka, składając wnioski o wypłatę wynagrodzenia, dołączała do nich wykaz udzielonych świadczeń ze zwięzłym opisem okoliczności, w których zostały one udzielone. Pozwany był zobligowany do zbadania tych wniosków, w razie potrzeby włącznie z przeprowadzeniem kontroli, o której mowa w art. 19 ust. 6 u.ś.o.z., co powinno nastąpić bez zbędnej zwłoki. Skoro pozwany odmówił zapłaty w całości, a w toku procesu okazało się, że tylko część spośród spornych świadczeń nie spełniała przesłanki medycznej jako nieudzielona w stanie nagłym, należało przyjąć, że wezwanie do zapłaty w postaci wniosku o wypłatę wynagrodzenia odniosło skutek i roszczenie stało się wymagalne po upływie terminu, w jakim powinno być spełnione (niezwłocznie), w zakresie, w jakim Sąd następnie uznał je za uzasadnione.

Wyrok sądu zasądzający świadczenie na podstawie art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. ma charakter deklaracyjny, za zdarzenie prawne pociągające za sobą wymagalność roszczenia nie można tym bardziej uznawać sporządzenia i doręczenia opinii biegłego poprzedzającej wydanie wyroku, pomijając, że w niniejszej sprawie opinia biegłych M.W. i M.B. nie była jedyną korzystną dla powódki opinią złożoną w postępowaniu. Rozumowanie takie mogłoby prowadzić do odwlekania wypłaty wynagrodzenia ze szkodą dla świadczeniodawcy, który udzielił świadczeń ratujących życie lub zdrowie. Ryzyko odmiennej

oceny przesłanki medycznej w razie sporu sądowego powinno zatem obciążać pozwanego, jako podmiot w tym zakresie wyspecjalizowany i zobligowany do zbadania zasadności wniosku bez zbędnej zwłoki. Sąd Apelacyjny nie wziął tej okoliczności pod uwagę, nie odniósł się w uzasadnieniu także do art. 455 k.c. Jedynie ubocznie zatem należało zauważyć, że w toku postępowania przed sądem pierwszej instancji pozwany przeprowadził kontrolę u powódki, w ramach której stwierdzono, iż spośród 405 objętych sporem przypadków jedynie w 170 przypadkach powódka udzieliła świadczeń niepodlegających finansowaniu z powodu niespełnienia przesłanki stanu nagłego.

Niewłaściwe wskazanie przez Sąd Apelacyjny doręczenia opinii biegłych, jako zdarzenia skutkującego wymagalnością roszczenia powódki, nie przesądzało jednak o zasadności skargi kasacyjnej.

Z materiału sprawy wynikało, że wnioskując o wypłatę wynagrodzenia powódka przedkładała fakturę z oznaczeniem łącznej kwoty do zapłaty, wykaz świadczeń z podaniem w każdym przypadku „wartości świadczenia”, opis okoliczności udzielenia świadczeń i historie chorób z epikryzą, przy czym w większości wezwań zawarto oświadczenie, że żądane wynagrodzenie stanowi wyłącznie uzasadnione koszty i jest niższe od rzeczywistych kosztów poniesionych przez świadczeniodawcę. Wezwania nie zawierały uzasadnienia sposobu wyliczenia wynagrodzenia, omówienia przyjętej metody kalkulacji lub elementów składających się na jego wysokość, a także dokumentów potwierdzających poniesione koszty. W pozwie stwierdzono, że koszty zabiegów zostały wyliczone według cennika obowiązującego w Funduszu. W sprzeciwie od nakazu zapłaty, jak również w późniejszym postępowaniu, pozwany zarzucał m.in., że powódka nie przedłożyła do analizy wykazu kosztów udzielonych świadczeń, a zarazem brak podstaw, aby w świetle art. 19 ust. 5 u.ś.o.z. utożsamiać koszty uzasadnione, o których stanowi ten przepis, z wynagrodzeniem przysługującym świadczeniodawcom, którzy zawarli umowy z Funduszem. Zarzut ten podzielił Sąd pierwszej instancji i stanowił on jedną z przyczyn oddalenia powództwa przez ten Sąd. W apelacji powódka, nie wnioskując o przeprowadzenie dodatkowych dowodów, podtrzymała stanowisko, że kwota roszczenia obliczona na

podstawie wyceny procedur stosowanych przez Fundusz mieści się w pojęciu uzasadnionych kosztów, o których mowa w art. 19 ust. 4 u.ś.o.z.

W postępowaniu przed Sądem drugiej instancji, w dniu 10 grudnia 2015 r., powódka złożyła pismo procesowe, w którym zaproponowała alternatywną metodę wyliczenia uzasadnionych kosztów udzielonych świadczeń, opartą o katalog kosztów wskazany w obowiązującym od dnia 22 sierpnia 2015 r. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 1126) i wartość punktu JGP, stosownie do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 69/2009/DSOZ. Do pisma dołączono algorytm kosztów i dokumentację księgową (wykazy obrotów i sald, wyciąg zapisów na koncie), obrazującą ich alokację. W dalszym postępowaniu powódka odwoływała się do tej metody i dokumentów dołączonych do powołanego pisma, na tej metodzie, po weryfikacji rachunkowej ze strony biegłego, oparł się także Sąd Apelacyjny uwzględniając częściowo powództwo.

Oceniając ten stan rzeczy należało stwierdzić, że co do zasady, tak jak w przypadku przesłanki medycznej, Fundusz ponosi ryzyko opóźnienia w spełnieniu świadczenia, jeżeli dokonana przezeń ocena przesłanki finansowej zasadności wniosku o wypłatę wynagrodzenia okaże się *ex post* nieprawidłowa, a sąd uzna roszczenie świadczeniodawcy za zasadne. Fundusz zobowiązany jest do zweryfikowania wykazu kosztów sporządzonego przez świadczeniodawcę, a jeżeli wykazane koszty okażą się uzasadnione w części - do dokonania odpowiedniej wypłaty, przy założeniu spełnienia przesłanki medycznej. W razie braku określonych dokumentów, uniemożliwiającego kontrolę kosztów, Fundusz powinien ich zażądać od świadczeniodawcy, przy czym czas konieczny do uzupełnienia tego braku podlega uwzględnieniu przy ocenie, czy Fundusz spełnił świadczenie niezwłocznie. Mając na względzie rolę Funduszu w systemie opieki zdrowotnej za celowe można także uznać udostępnienie świadczeniodawcom określonych standardów dotyczących elementów składających się na uzasadnione koszty udzielania świadczeń w stanie nagłym i sposobu ich wykazywania. Wymagania te muszą jednak uwzględniać zasady prowadzenia rachunku kosztów przez świadczeniodawców i brać pod uwagę konieczne szacunki, tak, aby nie czyniły one spełnienia wymagania wykazania kosztów *de facto*

niemożliwym lub nadmiernie utrudnionym, co mogłoby prowadzić - wbrew jasnej intencji ustawodawcy - do przerzucania ciężaru poniesienia tych kosztów na świadczeniodawców.

W niniejszej sprawie obciążenie pozwanego konsekwencjami odsunięcia zapłaty w czasie nie było jednak uzasadnione. Założona pierwotnie przez powódkę metoda kalkulacji wynagrodzenia skutkowała tym, że do wniosków o wypłatę wynagrodzenia powódka nie dołączała wykazu uzasadnionych kosztów w rozumieniu art. 19 ust. 4 u.ś.o.z., lecz poprzestawała na wskazaniu wartości świadczenia liczonego według umownej stawki. Po złożeniu w toku postępowania apelacyjnego propozycji alternatywnej kalkulacji wynagrodzenia, powódka nie odwoływała się już do przyjętej pierwotnie metody i nie stanowiła ona podstawy uwzględnienia powództwa. Na okoliczność, że art. 19 ust. 4 u.ś.o.z. nie odwołuje się do wynagrodzenia według stawek umownych zwrócono także uwagę w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 sierpnia 2015 r., III CSK 455/14, OSNC-ZD 2017, nr 2, poz. 19; por. również art. 42c ust. 1 pkt 1 u.ś.o.z.). W tym stanie rzeczy nie można było uznać, aby złożone przez powódkę przed wszczęciem procesu wnioski o wypłatę wynagrodzenia skutkowały przekształceniem zobowiązania pozwanego w zobowiązanie terminowe; skutku tego nie miało również doręczenie pozwu, zważywszy, że bazował on także na umownej stawce wynagrodzenia. Nie stało to na przeszkodzie częściowemu uwzględnieniu powództwa na podstawie dowodów przeprowadzonych z dokumentów złożonych przez powódkę w postępowaniu przed Sądem drugiej instancji i z wykorzystaniem wskazanej w postępowaniu apelacyjnym metody obliczenia wynagrodzenia (art. 316 § 1 *in fine* k.p.c.). Dokumentacja stanowiąca podstawę tego rozstrzygnięcia została jednak przedłożona Sądowi i doręczona pozwanemu po dniu, który Sąd drugiej instancji wskazał jako początkową datę naliczania odsetek, toteż skarga kasacyjna - mimo błędnego uzasadnienia zaskarżonego rozstrzygnięcia - okazała się nieuzasadniona.

Bezzasadny okazał się również wniosek pozwanego o zasądzenie od powódki kosztów postępowania kasacyjnego zawarty w piśmie przygotowawczym złożonym w postępowaniu kasacyjnym. Zgodnie z utrwalonym

orzecnictwem, w postępowaniu kasacyjnym radcy prawnemu przysługuje wynagrodzenie za sporządzenie i złożenie odpowiedzi na skargę kasacyjną, jak za sporządzenie i wniesienie skargi kasacyjnej (§ 10 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych, Dz. U. poz. 1804 ze zm.). W niniejszej sprawie odpowiedź na skargę kasacyjną została jednak zwrócona zarządzeniem przewodniczącego w Sądzie Apelacyjnym z dnia 8 lutego 2017 r. z powodu naruszenia art. 132 § 1 k.p.c., nie można zatem mówić o jej skutecznym wniesieniu (art. 130 § 2 zdanie 2 k.p.c.). Pismo przygotowawcze wniesione po upływie terminu do wniesienia odpowiedzi na skargę kasacyjną, bez względu na jego treść, nie stanowi odpowiedzi na skargę kasacyjną, a zawarty w nim wniosek o zasądzenie kosztów nie może odnieść skutku (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 maja 2002 r., IV CKN 1071/00, OSNC 2003 nr 9, poz. 120, z dnia 4 września 2002 r., I CKN 926/00, niepubl., z dnia 14 marca 2003 r., V CKN 1733/00, niepubl., z dnia 7 maja 2003 r., IV CKN 113/01, niepubl., z dnia 2 marca 2010 r., II PK 241/09, niepubl. i z dnia 18 stycznia 2012 r., II PK 95/11, niepubl.).

Z tych względów, na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji.

jw

r.g.